

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 174

Existe-t-il des rapports entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Pierre DE BOUCAUD

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

EX-INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 9 janvier 1907.

Examineurs de la Thèse

{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
	PERRENS, professeur.....	{ Juges.
	DAMADE, agrégé.....	
	DELMAS-MARSALET.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 174

Existe-t-il des rapports entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Pierre DE BOUCAUD

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

EX-INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 9 janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		PERRENS, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	N.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE
id.	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			N.
id. Clinique dentaire			GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

LE DOCTEUR LOUIS DE BOUCAUD,

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Que la guerre enleva à mon affection.

A MA MERE

En reconnaissance émue de tout ce
qu'elle fit pour moi.

A MA SOEUR

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LUDOVIC DE BOUCAUD

*Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien médecin résidant de l'Hôpital Saint-André.*

A MES PARENTS — A MES AMIS

AU DOCTEUR EDOUARD SOULE

*Chef des travaux du Laboratoire de physiologie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui fut pour moi un soutien et un ami.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

STAGES :

1927 : MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.

EXTERNAT :

1928 : MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES CHAVANNAZ.
1929 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.
1930 : MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHELEAU
1931 : MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC.
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE.

INTERNAT PROVISOIRE :

1932 : MONSIEUR LE PROFESSEUR PERY.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCOS

Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon.

CHER MAÎTRE,

Soyez assuré de mon sincère, profond
et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGLADE

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRENS

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur.
Croix de guerre.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
de la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance du très grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant la
présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, de dire toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté de médecine et des Hôpitaux de Bordeaux. Nous voulons les remercier ici, non seulement pour tout ce qu'ils nous ont appris, mais aussi pour le soutien constant que nous avons trouvé à leurs côtés, pour les encouragements qu'ils nous ont toujours prodigués.

Combien a été réconfortant pour nous de sentir dans leur appui l'amitié qu'ils avaient pour notre pauvre père, dont le souvenir aura toujours été notre meilleur stimulant.

A l'Asile d'aliénées de Château-Picon, nous prîmes contact avec la psychiatrie, et nos premiers pas dans cette spécialité furent guidés par notre maître M. le Docteur Ducos. D'emblée, nous avons été séduit par la droiture de son caractère. Sa grande expérience psychiatrique, sa science médicale très poussée, furent pour nous le meilleur des guides. C'est lui qui nous a proposé le sujet de notre thèse, pour laquelle il ne nous ménagea point ses conseils.

Notre gratitude va également à M. le Professeur Perrens et à M. le Docteur Anglade, médecins-chefs à Château-Picon, qui nous firent bénéficier généreusement du fruit de leurs travaux. Leur accueil nous toucha profondément.

Existe-t-il des rapports entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce ?

INTRODUCTION

La psychose maniaco-dépressive et la démence précoce sont toutes deux des conceptions de Kraepelin.

« La démence précoce, pour Sérieux, est une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade. »

La démence précoce pour Kraepelin comprend : l'hébéphrénie de Hecker, la catatonie de Kalbaum et, avec les délires paranoïdes, tous les délires hallucinatoires systématisés (Kraepelin, sur ce dernier point, est obligé d'ailleurs de revenir en arrière).

Il donne corps à la psychose maniaco-dépressive, apportant certaines modifications à la conception ancienne de la folie à double forme de Baillarger, décrite par Falret sous le nom

dé folie circulaire, périodique. Elargissant la conception de Magnan des « folies intermittentes », il synthétise, sous le nom de maniaco-dépressive, le syndrome caractérisé par des accès de mélancolie, de manie ou d'état mixte survenant périodiquement. Ce faisant, il prétend que les accès maniaques ou mélancoliques non symptomatiques d'une double forme ou encore essentiels n'existent pas. Régis, en particulier, s'éleva du reste contre cette opinion trop systématique, et avec lui on admet l'existence de cas de manie et de mélancolie pures à côté de l'entité kraepelinienne. La psychose maniaco-dépressive se trouve étendue par d'autres auteurs : englobant la paranoïa pour Specht, l'épilepsie pour Doubrebente, Rittershaus, d'Ormea et Alberti. Urstein en fait une modalité de la catatonie, elle-même très étendue. Cette tendance synthétique retrouvée dans la schizophrénie de Bleuler est excessive; elle explique que bien des auteurs s'accordent pour établir des analogies; si ce n'est plus, entre la démence précoce et la psychose périodique. Cela est dû, comme nous le verrons plus loin, à la difficulté, pour ne pas dire à l'impossibilité parfois rencontrée à formuler un diagnostic précis entre ces deux affections. C'est, du reste, l'impression qui se dégage nettement quand on voit dans quel cadre nosologique ont été classés les malades, suivant le psychiatre, suivant le moment. Citons comme exemple celui signalé par Kraepelin.

Dans la huitième édition de son traité, le professeur de Munich donne un graphique de la fréquence comparative des principales formes morbides qu'il a observées à sa clinique de Heidelberg de 1892 à 1907.

On voit la courbe de la démence précoce augmenter de 5 p. 100 en 1892 à 51 p. 100 en 1901, pour redescendre en 1907 à 17 p. 100. Une telle différence ne peut s'expliquer évidemment par une diminution réelle des cas, mais seulement par des façons différentes d'envisager la limite des deux maladies mentales.

« Cette progression de la démence précoce dans les premières années, dit Kraepelin, s'explique, parce que, à côté

des cas de démence précoce profonde, ont figuré d'autres cas où la signification de troubles isolés a été trop exagérée. En particulier, beaucoup de cas de folie maniaque dépressive avec symptômes catatoniques ont été à tort considérés comme des cas de démence précoce. Cela se voit nettement dans la chute de la courbe de la folie maniaque dépressive, contrastant avec la forte ascension de celle de la démence précoce. »

Le diagnostic différentiel entre ces deux affections a été l'objet de nombreux travaux. Il est considéré par beaucoup, surtout en Allemagne, comme partout d'ailleurs, comme le diagnostic différentiel capital de la psychiatrie. C'est là une conséquence de l'extension de la psychose maniaque dépressive et de la démence précoce, qui tendent aujourd'hui sous l'influence de Kraepelin à englober une grande partie des cas de troubles mentaux. Ces malades sont catalogués, dès lors, ou déments précoces ou maniaco-dépressifs. Les uns sont considérés comme incurables, à part de rares exceptions, les autres considérés comme curables.

Cette opposition évolutive est admise par la majorité des auteurs entre la psychose périodique et la démence précoce : « Notons enfin, disent Deny et Camus, que la folie maniaque dépressive n'aboutit jamais à la démence, quels que soient le nombre et l'intensité des paroxysmes; c'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord. »

Cependant, cet accord exprimé par Deny et Camus est loin de régner sur cette question. Kraepelin lui-même admet que certains cas de démence précoce peuvent guérir (20 p. 100 environ), et d'autres auteurs ont publié des observations de cas de maniaco-dépressive qui se sont terminés par la démence.

En présence de ces divergences, nous nous sommes proposé dans notre thèse, en appuyant nos réflexions sur l'étude de malades internées à Château-Picon, d'apporter quelques faits, qui, peut-être, le pensons-nous du moins, pourront jeter un peu de lumière dans ce débat toujours extrêmement controversé.

*
* *

Dans un premier chapitre, nous ferons l'historique de la question. Dans un second, nous chercherons par quelles voies on peut arriver au diagnostic chez des malades dont les signes cliniques participent à la fois de la psychose périodique et de la démence précoce.

Ensuite, viendront nos observations personnelles. Nous en discuterons la valeur et la signification avant d'apporter nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dès 1838, Esquirol avait individualisé la démence précoce qu'il appelle idiotie acquise, et, notamment, nous lisons dans le traité d'Esquirol, et dans le traité de Morel qui rappelle les conceptions d'Esquirol, les lignes suivantes : « Quelquefois les enfants naissent très sains, ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe; ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée, l'esprit actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'usent, s'épuisent vite, leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien, et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent : c'est l'idiotie accidentelle ou acquise. »

On retrouve des descriptions de différentes variétés de démence précoce chez Spurzheim, chez Kraft Ebing, Schule, Gilbert Ballet, Erp Taalman, Otto Hinrichsen, Kraepelin.

Weygandt, en 1899, insiste sur la difficulté du diagnostic : « Il est aussi très important, dit-il, de distinguer les accès d'agitation maniaque symptomatique de démence précoce d'autres accès dits « manie ».

Cependant, cet auteur admet la possibilité d'association de ces deux psychoses.

Sommer, en 1901, constate que les signes catatoniques peuvent se trouver avec plus ou moins de fréquence dans la folie maniaco-dépressive.

Claus, dans son rapport au Congrès de Bruxelles de 1903,

met en évidence la rareté des cas de manie et de mélancolie pures.

Trois ans après, en Italie, Lambranzi et Perazzo soutiennent la même opinion, ainsi que Solerni, Diefendorf. Tous ces auteurs déclarent que la démence précoce commence assez souvent par des états mélancoliques ou maniaques. Dès 1906, Pfäfersdorff signale la présence de stéréotypies dans la psychose maniaco-dépressive, mêmes opinions dans les publications de Deny et Roy, Deny et Camus (1907).

Cette même année, Antheaume, dans son rapport présenté au Congrès de Genève sur « les psychoses périodiques », rappelle l'opinion de Weygandt conseillant de ne pas prendre une manie improductive pour une démence précoce. Signalons sur cette question : la thèse de Monod, de Paris (1907); l'article de Keraval, inspiré des idées de Willmanns, d'Heidelberg, qui, dès 1907, signalait qu'on peut rencontrer au cours d'un accès maniaco-dépressif des symptômes d'ordre catatonique, mais qui sont essentiellement passagers; la thèse de Fassou sur les états mélancoliques au début de la démence précoce.

En 1909, Zendig, dans un travail intitulé *Diagnostic différentiel de la folie maniaque dépressive et de la démence précoce*, soutient que les guérisons signalées de déments précoces sont dues à des diagnostics erronés. « La plupart des cas, écrit-il, appartiennent à la folie maniaque dépressive, la plupart des erreurs viennent des fausses interprétations des phénomènes dits catatoniques. Il faut donc restreindre le diagnostic de démence précoce. Le pronostic doit être complètement grave. » Kraepelin était arrivé aux mêmes conclusions deux ans avant, mais, depuis longtemps déjà, les auteurs français avaient refusé tout caractère dementiel aux manifestations catatoniques, puisque Séglas et Chaslin avaient, en 1888, soutenu cette opinion, affirmée à nouveau par Séglas en 1902. La catatonie décrite en 1874 par Kalbaum comme une entité-clinique évoluant en quatre phases successives de mélancolie simple, manie, mélancolia attonita et

démence terminale, n'était plus reconnue désormais que comme signe commun à bien des maladies mentales.

Rush Dunton, en 1910, décrit les formes intermittentes de la démence précoce, dans lesquelles il distingue une forme circulaire étroitement liée à la psychose maniaco-dépressive. Pour cet auteur, il s'agit de formes intermédiaires entre ces deux psychoses, et le diagnostic doit se discuter sur la valeur des signes, par exemple : distinguer la manie de la pseudo-manie, l'apathie de la dépression.

En 1910, Garcynski, dans sa thèse, envisage le problème sous l'angle évolutif, et il signale des malades devenus déments après des accès maniaco-dépressifs sans que cette démence soit forcément une démence précoce. Il ne dit du reste pas ce qu'il en fait, sans spécifier s'il s'agit de dément précoce. Cette même année, Halberstadt publie une observation de stupeur maniaque avec stéréotypies.

Dans sa monographie sur la démence précoce, parue en 1911, Mlle Constanza Pascal admet l'état mélancolique ou maniaque comme première manifestation de démence précoce, mais si l'on cherche bien, prétend-elle, on trouve dès le début une teinte démentielle.

Séglas et Collin présentent, le 18 novembre 1909, à la Société de psychiatrie une malade dont le tableau clinique était composé de signes d'excitation maniaque et de signes de démence précoce, et pour laquelle ils portent le diagnostic de folie périodique.

Citons les observations présentées par de Cordova en 1910, par Zendig en 1911, par Barbé et Guichard à la Société de psychiatrie en mars 1911, par Barbé, par Leroy en 1912, par Courbon en 1913. Ce dernier admet la possibilité d'association des deux psychoses.

Tamburini, en 1914, oppose la psychose catatonique aiguë et la folie maniaco-dépressive, cependant que Fuhrmann estime que l'on doit porter le diagnostic de démence précoce lorsque la maladie dépasse dix mois.

En 1911, Bleuler, rapprochant les conceptions kraepeli-

niennes et freudiennes de la démence précoce, considère celle-ci sous l'angle psychologique. Il l'envisage par rapport à sa cause première et l'appelle schizophrénie (étymologiquement = *σχίζειν* : diviser, scinder, et *φρην* : esprit, c'est-à-dire maladie où l'esprit est scindé, dissocié).

« L'idée entière de la démence précoce est issue de Kraepelin », dit-il, et il ajoute : « une partie importante de cet ouvrage n'est rien autre que l'application des idées de Freud à la démence précoce » ..., « une altération très caractéristique de la schizophrénie est le changement du rapport de la vie intérieure avec le monde extérieur » ...; « la vie intérieure prend une prépondérance morbide. Nous appelons autisme cet éloignement de la réalité combiné à la prévalence relative ou absolue de la vie intérieure. C'est ce que Freud désigne par « auto-érotisme », — mais le sens de ce terme prête à confusion — et ce que P. Janet laisse entrevoir par l'expression « perte du sens de la réalité ».

Urstein, en 1912, fait de la maniaco-dépressive une forme de la démence précoce. « Il semble que cet auteur, remarque Claude, ait confondu avec la psychose périodique cette variété de la schizophrénie qui évolue sous une forme circulaire, intermittente ou à poussées successives. »

Trénel, en 1912, tout en estimant que démence précoce et folie périodique paraissent être des espèces nosologiques, « entièrement étrangères l'une à l'autre », ajoute que ceci n'est vrai que pour les cas types.

Masselon, bien qu'ayant étudié à fond dans sa thèse la psychologie du dément précoce et signalé son polymorphisme, reconnaît, dans son article sur les *Voies d'invasion de la démence précoce* paru en 1913, parfois inévitable l'erreur diagnostique.

« Les accidents aigus, dit-il, qui marquent l'affaiblissement intellectuel, peuvent revêtir des aspects très différents, et il n'est pas d'affection mentale qu'on ne puisse confondre avec elle. »

Pujol, dans sa thèse (Bordeaux, 1912), essaie de dégager

dans les états mentaux polymorphes les signes de probabilité de dissoèiation.

Dans la cinquième édition (parue en 1914) du *Précis de psychiatrie de Régis*, la folie maniaque-dépressive occupe pour la première fois un nouveau chapitre, sous le titre de manie mélancolie par accès, mais l'auteur se refuse à voir dans cette forme autre chose que les cas rémittents et intermittents de manie et de mélancolie et les cas de folie à double forme séparés dans les éditions précédentes; il ne se rallie pas à la synthèse kraepelinienne. Il signale cependant les débuts, soit maniaques, soit mélancoliques, de la démence précoce et traite du diagnostic différentiel dans l'excitation hétérophrénique et maniaque, de la stupidité catatonique et de la stupeur mélancolique. On retrouve les mêmes idées dans l'article « Démence précoce », par Deny, dans le *Traité de pathologie médicale* au chapitre « Psychiatrie ».

Bowen, dans sa thèse en 1915, avait étudié l'hérédité chez les déments précoces et intermittents. De même Hoffmann en 1919, Kahn en 1920.

Bowen conclut que les deux psychoses qui nous intéressent sont héréditaires, mais d'une façon différente. Cette hérédité est directe et similaire pour la folie maniaque-dépressive; polymorphe et discontinue, spécifique, jusqu'à un certain point cependant, pour la démence précoce. Il considère la possibilité de juxtaposition de deux psychoses chez le même sujet sans qu'il en résulte de maladie nouvelle. Bouman, au contraire, soutiendra que, dans certains cas de maladie mentale familiale, la combinaison psychose maniaco-dépressive et démence précoce forme une espèce nosologique particulière.

La théorie des constitutions physiques de Kretschmer jette un jour nouveau sur la question, surtout par sa division de l'homme mental en deux tempéraments principaux : les cycloïdes et les schizoïdes. Cette notion de constitution schizoïde vient étayer la schizophrénie de Bleuler, le schizophrène étant constitutionnellement un schizoïde. C'est le retour sous

une forme nouvelle de la théorie des constitutions que l'on trouve dans les écrits de Morel et de Magnan sur la dégénérescence.

Citons les publications de Smith, de Melsom et de Jellgersma, étudiant les cas cliniques complexes où l'on trouve associés des signes de maniaco-dépressive et de schizophrénie.

En 1919, Rehm décrit la forme catatonique de la folie intermittente.

En janvier 1920, Mlle Boudierlique présente à la Société clinique de médecine mentale une maniaque avec stéréotypies, négativisme, suggestibilité, paramanie, désintérêt. Séglas, devant ce cas clinique, admet l'existence de formes intermédiaires entre les deux psychoses qui nous intéressent. Truelle fait de cette malade une « débile intermittente ».

Pfersdorff insiste en 1922 sur l'impossibilité, dans certains cas, de faire le diagnostic entre psychose périodique et démence précoce. Telle est également l'opinion défendue par Lapuyade dans sa thèse (Bordeaux, 1923). Ce dernier avoue que l'on doit attendre l'évolution vers la dissociation pour faire le diagnostic; pour lui ces malades ont toujours été des déments précoces (bien qu'ils n'aient eu au début aucun signe dementiel), mais ils ne le sont pas devenus.

Capgras et Abely, à propos de deux malades présentés à la Société clinique de médecine mentale le 23 janvier 1922, et chez lesquels on notait, entre autres signes, un degré accentué de maniérisme, se demandent si, dans les cas de ce genre il ne s'agit pas de sujets dégénérés au sens que donnait à ce terme Magnan. Et Capgras déclare : « Que ce déséquilibre ait pour effet de déformer les syndromes, personne ne le conteste depuis que Magnan l'a si solidement établi, mais ces déformations, ces anomalies des manies ou des mélancolies dégénératives, nous les prenons parfois aujourd'hui pour des discordances dementielles. » Magnan avait en outre individualisé la démence dégénérative survenant précocement chez un dégénéré.

Lange, en 1922, publie un travail où il cherche à reconnaître dans quelle mesure les symptômes catatoniques se mêlent aux affections maniaques. Sur 100 psychoses mania-co-dépressives étudiées par cet auteur, que constatons-nous ? Seulement 24 cas de manie pure. Lange s'arrête assez longuement à examiner l'influence de la prédisposition héréditaire, ainsi que de la constitution somatique. Pour ce qui concerne le premier élément, la chose ne paraît pas douteuse, quand il s'agit d'hérédité schizophrénique. Pour ce qui est de la constitution, l'importance des types « asthénique » et « athlétique », par opposition au type « pyknique », est admise comme facteur favorisant l'apparition des symptômes schizophréniques par les partisans de Kretschmer, tels que Birbaum, Mauz (1923) et Olivier. Mais ses adversaires, comme Jacobi et Kolle, cités par Lange dans le traité de Bumke, ne partagent pas cette opinion. Lange lui-même n'arrive pas à des conclusions aussi absolues que celles de Kretschmer, et il signale avoir rencontré dans 10 p. 100 des cas l'hérédité schizoïde chez les périodiques.

En 1924, Jens Ch. Smith (de Copenhague) étudie les « psychoses atypiques avec hérédité hétérogène », et il conclut en disant que la mania-co-dépressive et la schizophrénie n'existent peut-être pas complètement indépendantes l'une de l'autre.

De Saussure, en 1924, dans un article intitulé *Diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive et la catatonie*, montre combien cette question est loin d'être au point. Du reste, il semble que pour cet auteur le terme catatonie soit synonyme de démence précoce, puisque le tableau des signes cliniques qu'il en dresse se compose des éléments suivants : hallucinations, incohérence d'idées, indifférence émotionnelle, négativisme, stéréotypies, maniérisme, attitudes catatoniques, catalepsie, échomimie, écholalie, stupeur, automatisme, actions impulsives, paramimie, hyper ou hypotonie des membres, affaiblissement intellectuel.

En 1924, Claude, Borel et Gilbert Robin restreignent l'étendue du concept schizophrénie de Bleuler. Ils conservent ce nom pour désigner une entité clinique particulière, caractérisée surtout par l'autisme et la désadaptation d'avec l'ambiance, « par perte du contact vital avec la réalité (Minkowski) ». C'est la schizophrénie de l'Ecole française de Sainte-Anne, beaucoup moins extensive que celle de Bleuler. Pour Claude, Borel et Robin, on doit conserver, à côté de l'entité schizophrénique (type Sainte-Anne), la démence précoce. Enfin, ces auteurs isolent la schizomanie, que l'on trouve décrite dans plusieurs de leurs articles et dans les thèses de leurs élèves, tels que Rubenovitch (Paris, 1926), Westphal (Paris, 1928). « La schizomanie, écrit Rubenovitch, est l'expression pathologique d'un état constitutionnel, la constitution schizoïde. Celle-ci est caractérisée par l'aptitude à la dissociation de la personnalité, se traduisant par l'insuffisance du contact avec la réalité, la tendance à l'intériorisation, à la construction imaginaire et au symbolisme. La schizoïdie constitutionnelle est l'exagération morbide d'un phénomène psychologique normal, tout au moins épisodiquement. La schizomanie est un degré de plus que l'état schizoïde. La tendance à l'autisme devient prépondérante et tend à réduire l'activité pragmatique normale. Il en résulte une rupture avec le monde extérieur. Cette rupture est partielle et temporaire ». On distingue trois formes de schizomanie : une forme de rêverie, de bouderie, et une forme simple quand il n'y a pas de compensation affective. Cette schizomanie peut n'être qu'une étape précédant la schizophrénie. Cet état terminal est constitué (avec le sens restreint de l'Ecole de Sainte-Anne) quand le contact avec le monde extérieur est rompu d'une façon complète et définitive.

A la séance du 30 novembre 1925 de la Société médico-psychologique, Leroy et Moutassut présentent un malade atteint de psychose intermittente atypique simulant la démence précoce, où dominent les phénomènes stuporeux. L'année suivante, Paul Courbon et Jean Magnant, à propos

d'un de leurs malades, discutent le diagnostic entre schizomanie et psychose maniaco-dépressive.

En 1923, Berze trouve trop vaste la notion de schizoïdie de Bleuler. Il en isole un groupe plus homogène qu'il appelle comme Bumke « schizophrènes déguisés », groupe qui s'oppose à celui des schizophrènes latents. « Les éléments schizoïdes de ces schizophrènes, écrit-il, sont le manque de cœur, l'indifférence, la tyrannie, la misanthropie, l'entêtement, la colère, la vivacité. On a l'impression d'une pénurie de sentiments positifs. » En eux la schizophrénie est en puissance.

En 1923, Backlin étudie les effets de l'injection d'adrénaline intraveineuse sur la circulation du sang des déments précoces et des maniaco-dépressifs. En effet, devant l'absence des critères d'ordre clinique, de nombreux auteurs se sont attachés à la recherche de tests biologiques, mais il semble que les résultats n'aient pas été plus heureux. Citons, en bloc, sur ce côté de la question, les travaux suivants sur les réactions d'Abderhalden (W. de Almeida), la réaction de fixation (E. Corson White et S. D. W. Ludlun), l'examen du sang (Sandri, Peghimi et Paoli; et Bruce, 1913 : *Déviations du complément chez les maniaco-dépressifs*), l'examen des urines (d'Ormea, Buscaino : 1923, et Fleichhacker et Scheidérer : 1930), la recherche de signes physiques (Trep-sat), les phénomènes pupillaires (Bumke, Froederstroem), l'épreuve de l'épingle (Kraepelin), les recherches capillaroscopiques de K. Léonhard (1928) dans la folie circulaire et la schizophrénie, celles de A. Friedemann sur la structure de la main chez les schizophrènes et périodiques.

« Si, avant la guerre, écrit Halberstadt, on admettait comme pouvant parfois se rencontrer l'association des deux psychoses en question, psychose périodique et démence précoce, depuis une dizaine d'années se multiplient les travaux tendant à prouver qu'une telle combinaison est très possible, sinon fréquente. »

Citons Gaupp, qui, après avoir en 1903 nié cette association, l'admet en 1925. Sont du même avis : Klieneberger (1923), von Holst (1926), Herz (1928). Hoffmann en 1923, Ossipoff en 1924, admettent même le passage d'une affection dans une autre.

Austregesilo, en 1926, propose le terme cataphrénie pour désigner des cas cliniques survenus par accès et où un syndrome démentiel semble guérir. Deron, en 1928, étudie des types cliniques complexes maniaco-dépressifs ayant des signes de démence précoce, et il tend à en faire des formes intermédiaires. G. Ewald, dans une revue générale, croit que la dégénérescence type Magnan vient déformer les syndromes cliniques.

Citons l'article de Sanches Barus, en 1928, et celui de Kaltenbach et Rohrer, qui étudient les schizophrènes et les intermittents au point de vue physique. En 1929, Wildermuth, présentant des observations, expose les différences cliniques qui différencient d'après lui intermittents et schizophréniques. Cette même année, L. Redalié étudie les facteurs exogènes et endogènes dans la schizophrénie et dans la psychose maniaco-dépressive. « L'analyse structurale de Birbaum au cours de psychose organique, dit-il, telle que la paralysie générale permet de faire la discrimination entre les éléments constitutionnels préformés, en quelque sorte mobilisés et modelés par la maladie (phénomènes pathoplastiques) et les éléments nouveaux, expressions directes du processus morbide (phénomènes pathogénétiques). » Pour Redalié, on en est encore à la seule connaissance de phénomènes pathoplastiques au sujet de la démence précoce et de la folie maniaco-dépressive.

Lange, dans le traité de Bumke, paru à Berlin en 1928, soutient à nouveau ce qu'il avait dit six ans plus tôt, dans un livre consacré à l'étude des *Phénomènes catatoniques dans le cadre des affections maniaques*. Chez presque tous ses périodiques, dit-il, il aurait vu des symptômes schizophréniques, allant ainsi à l'encontre de l'opinion de Bleu-

ler, qui déclarait : « Tous les symptômes maniaques dépressifs peuvent se voir dans la schizophrénie, mais aucun symptôme spécifiquement schizophrène ne se voit dans la psychose maniaco-dépressive. »

En 1930, Halberstadt passe en revue les syndromes anormaux au cours de la psychose maniaco-dépressive. Pour cet auteur, les psychoses combinées sont très rares, et il n'admet pas l'association démence précoce et folie intermittente.

Enfin, en 1931, Claude et Lévy Valensi publient un article sur le *Diagnostic différentiel entre psychose périodique et démence précoce*. Tout en reconnaissant sa grande difficulté dans certains cas cliniques complexes, ces auteurs ne sont pas loin d'admettre le passage de la première maladie à la seconde, et cela par fragilité cérébrale particulière.

*
* *

Notre historique montre que la question des rapports de la folie intermittente et de la démence précoce est depuis longtemps discutée en psychiatrie. Et cependant elle est loin d'être résolue. Les opinions émises sur ce sujet sont nombreuses, voire contradictoires. Elles peuvent cependant être divisées en deux groupes opposés, tous les deux défendus énergiquement par leurs partisans, dont les opinions se heurtent, inconciliables.

D'une part, on trouve des psychiatres qui prétendent qu'un intermittent ne devient pas dément précoce, qu'il l'était d'emblée. Pour eux, les accès maniaco-dépressifs antérieurs étaient symptomatiques de la démence ultérieure.

D'autre part, se trouve le petit nombre de ceux qui soutiennent qu'un intermittent peut devenir dément précoce en cours d'évolution.

Discuter ainsi n'est pas pure bataille de mots, vu le pronostic qu'il faut faire pour chaque malade.

Les psychiatres qui défendent la première opinion refusent toujours la possibilité d'une évolution dementielle de la

maniaco-dépressive et par leur diagnostic veulent en même temps garantir l'avenir par un pronostic favorable. Qu'arrive-t-il alors ? La correction rétrospective du premier diagnostic pour celui de démence précoce, alors même qu'il s'agissait autrefois d'un accès maniaco-dépressif des plus purs.

Avant de discuter les deux tendances opposées, nous allons chercher sur quels signes on peut s'appuyer pour arriver au diagnostic entre psychose périodique et démence précoce dans des cas cliniques atypiques, encore inclassables, dont les signes participent à la fois des deux psychoses.

CHAPITRE II

DU DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL GENERAL ENTRE PSYCHOSE PERIODIQUE ET DEMENCE PRECOCE

Rappelons en premier lieu toutes les tentatives faites jusqu'ici pour trouver un critère diagnostique soit biologique soit anatomo ou physio-pathologique. Nous les avons déjà citées à notre historique (voir p. 23).

Reconnaissons en passant l'impuissance du laboratoire à nous guider jusqu'à présent. Aucun des résultats obtenus n'emporte la conviction, ils sont trop contradictoires, trop inconstants. Au fait, cette réponse n'a-t-elle pas dans sa négativité une grande valeur en nous montrant que rien ne permet de séparer biologiquement ce que nous voulons séparer cliniquement, mais malheureusement rien ne rapproche non plus et l'on en est réduit aux hypothèses pour admettre un caractère organique spécifique, soit primitif, soit secondaire, à chacune de ces deux affections. Est-ce à dire que la perturbation est d'ordre fonctionnel, psychologique ? Cependant, on peut espérer qu'un jour la psychiatrie, devenue science positive, s'appuiera sur des bases organiques qui nous échappent encore. Peut-être trouvera-t-on dans ce sens la clef du diagnostic différentiel que nous allons discuter au point de vue clinique.

L'étude des antécédents héréditaires nous donnera-t-elle plus de renseignements. Il n'en est rien, et la distinction des individus en cycloïdes et schizoïdes, la règle des types corporels de Kretschmer, sont des divisions trop absolues pour être vraies. On rencontre des périodiques à l'hérédité schizoïde, et il est trop facile de dire que cette dernière est

•

double quand on trouve parmi les enfants d'une même souche des intermittents maniaco-dépressifs et des déments précoces. En tout cas, l'étude de l'hérédité n'apporte pas de renseignements de valeur suffisante.

Au point de vue étiologique, la maniaco-dépressive a été très peu étudiée, tandis que des travaux assez nombreux ont paru sur l'étiologie de la démence précoce. Après avoir rattaché cette psychose à une insuffisance polyglandulaire et aussi à une insuffisance des glandes sexuelles, depuis quelques années on discute des rapports de la démence précoce et de la tuberculose. Après la communication de Toulouse, Valtis, Schiff et van Deinse, en 1931, on pouvait espérer trouver l'étiologie de la démence précoce dans la tuberculose, mais bientôt, à la suite de nouvelles expérimentations de Toulouse, Valtis, Schiff et van Deinse, de Puca, de Baruk, Bidermann et Albane, cette étiologie tuberculeuse semblait très discutable. Cependant, en 1932, d'Hollander et Rouvroy, à la suite de travaux personnels, défendent l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce. Mais déjà des objections s'élèvent sur la nature tuberculeuse des lésions anatomo-pathologiques mises en évidence par d'Hollander chez des cobayes auxquels cet auteur avait injecté soit du liquide céphalo-rachidien, soit de la substance cérébrale de déments précoces. En particulier, Baruk insiste sur l'aspect inhabituel au point de vue tuberculose des lésions constatées. Donc, en ce qui concerne l'étiologie, on en est encore aux hypothèses et à l'expérimentation, et l'on ne peut trouver dans celle-ci des éléments pour différencier les deux affections.

En trouverons-nous au point de vue pathogénique ? Peu de travaux importants et surtout probants ont traité de la pathogénie de la folie maniaco-dépressive. En revanche, en ce qui concerne la démence précoce, on a successivement fourni des explications pathogéniques différentes. Il n'y a qu'à se reporter à notre historique pour en voir le détail, et l'on comprendra vite que la pathogénie ne nous donne guère la clé du diagnostic différentiel que nous recherchons.

Il faut donc que nous revenions à la clinique pour essayer d'arriver au diagnostic par l'étude des signes présentés. L'observation clinique devient ici capitale, il faut la faire aussi objective que possible, se bornant pour longtemps à un patient travail d'analyse, se méfiant des théories qui, comme le disait Magnan, « ne doivent occuper que le second rang dans l'étude des maladies; elles n'ont de valeur que tout autant qu'elles reposent sur l'observation directe du malade, et la clinique est le seul terrain de conciliation sur lequel les opinions puissent, avec succès, se donner rendez-vous ». Le psychiatre doit abandonner toute idée préconçue, chercher à tout saisir, noter soigneusement au jour le jour tout ce qu'il constate et se méfier de l'interprétation personnelle. Ce n'est point dix ans qu'il faudrait suivre ces malades pour dégager des conclusions, ainsi que le proposait de Saussure en 1924, mais toute une vie, et cela n'est pas une affaire même d'une seule génération. En outre, les renseignements fournis par les parents, par les amis, sur le comportement du sujet avant sa maladie, pendant ses intervalles lucides, renseignements dont la valeur est capitale à connaître, seront bien souvent ou insuffisants ou discutables. Cependant, en procédant de la sorte, on serrera la vérité d'aussi près que possible.

Pourquoi, chez ces malades, est-on gêné pour porter un diagnostic ? Parce qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de démence précoce. En fait, aucun signe clinique ne peut être paré de ce titre, et c'est bien ce qui fait toute la difficulté de la question, ce qui permet toutes les hypothèses.

Claude détache les signes dits démentiels, qui sont pour lui : l'indifférence, la catatonie, la discordance, le caractère paranoïde du délire, et, ajoute-t-il, « ils peuvent se présenter épisodiquement dans la psychose périodique ».

L'indifférence ? Le dément précoce est habituellement, en effet, détaché de l'ambiance et ne s'intéresse guère à ce qui se passe autour de lui; mais certains maniaco-dépressifs vus à un stade de dépression mentale avec engourdissement cérébral ne paraissent-ils pas tout aussi indifférents ? D'autre

part, chez certains déments précoces confirmés l'affectivité et l'intérêt sont encore bien conservés (cas de Baruk et de bien d'autres).

Le syndrome catatonique n'est pas pathognomonique de la démence précoce, on peut le trouver dans la plupart des psychoses, même dans la maniaco-dépressive.

La discordance ? Ne semble-t-il pas discordant le maniaque qui exprime coup sur coup des idées opposées et dont la fuite des idées ne permet pas toujours, à cause de sa rapidité, à la mimique de se manifester d'une façon synchrone aux pensées exprimées. Enfin, comme l'a remarqué Tisath, ce n'est pas parce qu'un délire a un aspect paranoïde pour qu'il en soit un et qu'il évolue vers la démence; même le délire paranoïde lui-même guérit pour Kraepelin dans 20 p. 100 des cas environ.

Ajouterons-nous à ces symptômes, indiqués par le savant maître de Sainte-Anne, la qualité des premiers troubles reconnus qui toucheraient surtout la sphère affective dans la démence précoce, le comportement général des malades comprenant les stéréotypies d'attitude et les impulsions. Nous trouverons certainement des maniaco-dépressifs avec de l'inaffectivité, avec des stéréotypies, avec des impulsions. L'autisme, qui, pour Bleuler, caractérise la schizophrénie (cette conception englobant la démence précoce), est-il propre à cette affection ? Pas davantage, car certains mélancoliques avec négativisme ou stupeur sont absolument accaparés par leur délire et paraissent détachés de l'ambiance.

Nous venons de voir que la clinique elle-même est bien souvent impuissante à établir le diagnostic différentiel entre folie maniaco-dépressive et démence précoce. Aucun symptôme, aucun syndrome même n'est caractéristique de l'une ou de l'autre, et cependant c'est le terrain clinique qui nous paraît le plus sûr pour essayer de résoudre ce problème.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

M..., femme C..., née en 1868 en Gironde.

Sur deux frères de la malade un a été interné à Cadillac en 1912.

Premier internement à Château-Picon : du 24 février 1922 au 29 avril 1924.

Depuis 1917, faisait assez souvent à son mari des scènes de jalousie. En janvier 1922, M... présente une agitation vive alors qu'elle se trouvait chez des voisins et s'enfuit au moment où on voulait la ramener chez elle. Ne peut donner la moindre explication au sujet de cette fugue. Se dit poussée par le diable. Depuis janvier, alternatives de crises d'agitation et de tristesse peu accentuées.

Certificat d'admission. — M... est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de la dépression psychique généralisée, tristesse morbide, pleurs, gémissements, anxiété presque constante, mutisme, soliloques à voix basse, attitudes de prostration à terre; concentration pénible de la pensée sur des idées délirantes de fautes relatives à des faits insignifiants, idées de punition, d'accusation, d'action diabolique, de comparution prochaine en justice, refus de certains aliments, nombreuses tentatives de suicide par strangulation et introduction de mouchoirs dans la bouche. Etat général médiocre, amaigrissement, sénilité précoce, tremblement généralisé, inconstant et à paroxysmes, faiblesse du myocarde, tendance aux lipothymies.

24 février 1922 : Calme dans son lit. Bien orientée dans le temps et dans l'espace. Mémoire bonne : « Il y a quelque temps,

j'étais triste... j'ai voulu me tuer... maintenant je suis calme... je croyais que j'allais passer en justice... »

23 février 1922 : Cette nuit, agitation des membres supérieurs (acte de tourner les mains l'une autour de l'autre avec rapidité). Recommence le même mouvement pendant la visite en disant : « Il faut que je marche, que je marche, ça va comme les machines de la gare; en touchant ma main, il me semble que ça roule dedans. » La malade est reprise de ce besoin de mouvement, elle tourne ses mains de toutes ses forces, le cou tendu.

On lui ordonne de s'arrêter : « Je ne peux pas toujours... je tremble toujours un peu, mais pas comme hier. » (Tremblement très accusé des mains dans l'attitude du serment qui réveille l'agitation des mains.) « ... On aurait dit ces jours-ci que j'avais un éléphant dans le ventre... ça me tournait... ça me tournait. A certains moments, ça me remue en dessous du mollet... il y a un mois ou deux que je ne fais rien... Au premier de l'an, je travaillais... j'ai dit un jour à M. P... d'où ça me vient toutes ces idées de crier... dans la nuit... j'ai vu M. P... aux assises. »

Certificat de vingt-quatre heures. — Cette malade présente un état mental caractérisé par la fuite des idées et du langage. Cette fuite a de particulier qu'elle se produit brusquement et qu'elle laisse la malade étonnée et inquiète de ce qu'elle a pu dire. D'où les remords et tentatives de suicide.

A cet automatisme s'ajoute une tendance très curieuse aux mouvements. La malade est prise subitement d'un besoin impérieux de tourner, avec toute la vitesse dont elle est capable, ses mains l'une autour de l'autre, cet exercice est très fatigant pour elle.

Ces symptômes paraissent liés à un travail d'irritation cérébrale survenue à l'occasion de l'involution présénile. Le pronostic est cependant favorable. A maintenir.

5 mars 1922 : Alimentation à la sonde.

Q. — Pourquoi ne mangez-vous pas ?

R. — Parce que je vais mourir, il faut que je fasse ma pénitence... que j'avais été condamnée, ...ici je pense qu'on fera tout : les assises, la pénitence.

Q. — Quelle faute avez-vous commise ?

R. — Je sais pas, moi, des grossièretés, des insolentetés.

Q. — À qui en avez-vous dit ?

R. — A la maison... ici... à tout le monde... ça me vient tout d'un coup... il faut que je le dise.

Certificat de quinzaine. — ...est atteinte de mélancolie tardive. La malade a été anxieuse, refusant de s'alimenter, en proie à des idées d'indignité. Les tremblements persistent, mais localisés aux deux mains. Le pronostic est assez favorable. A maintenir.

21 avril 1922 : Reprise de l'alimentation à la sonde, tremblement toujours intense des mains. Aujourd'hui, pendant trois ou quatre minutes, la malade a refait le mouvement des mains en disant : « Tourne, tourne, joli moulin », sans pouvoir s'arrêter spontanément quand on lui demandait, disant : « Je ne peux plus m'arrêter de le faire. » Anxiété toujours aussi violente, la malade, qui cherche à se lever et à fuir, doit être maintenue.

7 juin 1922 : Après qu'on lui a mis la sonde pour l'alimenter, la malade se met à dire d'un ton monotone et lentement : « Merde... merde... merde... », cela tout le temps qu'on lui donne la sonde. L'alimentation finie, elle est prise d'un raptus anxieux et cherche à s'en aller. Elle répète sans arrêt très vite : « Il faut que je m'en aille. » Cela pendant plus d'un quart d'heure, tout en faisant avec les mains son mouvement habituel.

Par moments, elle dit : « M'en aller... il faut m'en aller... faut m'en aller... » ou bien : « M'en ailler, m'en ailler... »

Tantôt ce n'est pas la parole qui change, mais le geste : d'une main elle frotte rythmiquement l'avant-bras opposé, ou bien elle fait rythmiquement le mouvement d'applaudir, ou bien elle se frappe le front (cela a duré deux hepres aux dires de la sœur du quartier). Ce soir, pendant une conversation avec la malade, ces mouvements s'ébauchent assez souvent, tandis qu'elle répète un mot ou un groupe de mots : ...et pourtant... et pourtant et pourtant... et pourtant... et pourtant... », ou encore : « Je dois être punie, je dois être punie... ». Il semble que cette polylalie, lorsqu'elle dure assez longtemps, entraîne une sorte de polycinésie. La malade n'est plus au sens propre qu'un moulin à paro-

les. Elle fait tourner ses bras parfois seuls, parfois avec des mouvements ébauchés de la tête, du tronc et des membres inférieurs, en même temps prononce des paroles, deux ou trois, toujours les mêmes. A ce moment, elle semble ne pas écouter ce qu'on lui dit; en tout cas, elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Si on la pique, elle ne témoigne aucune douleur, et ce n'est qu'en insistant tant par l'aiguille que par la répétition de la question : « Je vous fais mal ? », qu'elle répond : « Oui... oui... oui... oui... »

18 juin 1932 : Très anxieuse aujourd'hui, parle sans cesse et répète : « Il faut que je m'en aille... quelle bouche... quelle horreur de bouche j'ai... quelle horreur... quelle horreur. » (Continue.)

Pouls à 120, petit, arythmique.

La malade, qui pesait 42 kilos à son entrée à l'asile, n'en pèse plus que 36.

21 juin : L'anxiété est à son comble... Aujourd'hui, la malade (qu'on est obligé de maintenir avec le corset) est couchée sur son lit en chien de fusil, les jambes sans cesse en mouvement, parfois elle cache sa tête et la frotte sous son traversin. Elle fait tout le temps des efforts pour se lever et pour fuir. Tout son corps est animé d'un tremblement, les extrémités, comme les mains, les pieds sont animés d'un tremblement plus ample. Elle remue du reste sans cesse ses yeux, et son visage est hagard, les pupilles dilatées. Si on la regarde, si on lui parle, elle semble ne rien voir, ne rien entendre, et n'avoir devant elle qu'un tableau terrifiant. Elle pousse un cri tremblé et long comme un bêlement. Tachycardie. On donne à la malade digitale et bromure.

17 juillet : Depuis hier, nouvelle crise d'anxiété, et, en même temps, sont réapparues les paroles et les mouvements automatiques. Aujourd'hui, elle dit : « Mille dix... mille dix... doux mille... doux mille... doux mille... lou prauoure... lou prauoure... lou prauoure... »

18 juillet : On donne aujourd'hui XL gouttes de somnifène par

voie buccale. Au bout de quatre heures, nous dit la sœur, la malade s'est calmée et a dormi.

30^e octobre : Aujourd'hui, après trois mois de vie calmé, mais de mutisme, d'immobilité, d'alimentation à la sonde, elle recommence à être anxieuse, disant : « Pourquoi je reste là... ? pourquoi je reste là... ? » en cherchant à se lever et à s'enfuir.

24 novembre : L'anxiété a diminué, la malade s'est remise à manger seule, mais toujours immobile. Hier, reprise de l'anxiété, elle se lève sans cesse. « Je veux m'en aller. — Où ? — Et, vous le savez bien, Monsieur, là-bas, dans ce trou... où voulez-vous que je reste ?... je suis là comme une imbécile... je ne retournerai jamais chez moi... C'est inutile... »

30 janvier 1923 : Depuis quelque temps, la malade s'alimente bien et copieusement. L'examen somatique révèle la présence, à la région préaxillaire gauche, d'une tumeur fluctuante du volume d'une grosse orange. Vérification faite à la seringue, il s'agit d'un abcès froid. Evacuation immédiate et injection d'éther iodoformé.

2 mars : Il persiste une petite fistule au niveau de l'ancien abcès. L'état général est meilleur. Amélioration également de l'état mental.

Le 24 février 1933, le mari de la malade est venu la voir. Cette dernière s'est entretenue avec lui sur un ton très calme, disant des choses très raisonnables.

Q. — Quand retournerez-vous avec votre mari ?

R. — Oh ! je n'y retournerai jamais...

16 avril 1924 : Cette malade est calme, mais non guérie. Puisque vous exprimez le désir de lui donner satisfaction en la ramenant près de vous, je vous prie de me retourner, signée, la demande ci-jointe de sortie d'essai. (Lettre du médecin chef.)

29 avril 1924 : La malade quitte Picon.

Deuxième internement à Château-Picon le 27 mars 1929.

De 1924 à 1929, la malade, bien portante, s'occupait correctement de son ménage. Au mois de mars 1929, commence une période de dépression avec pleurs et automatisme verbal assez intense. A tenté de se suicider par immersion, refuse toute nour-

riture. Envoyée à l'Hôpital Saint-André, elle se montre, pendant le voyage, agitée, violente envers les personnes qui l'accompagnaient.

Certificat d'admission à Château-Picon. — ... est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de la dépression psychique, tristesse morbide, auto-accusations, désir de la mort, alternance de périodes d'agitation anxieuse et d'inertie complète avec refus d'alimentation. L'état général est passable. A déjà été internée à l'Asile de Château-Picon pour un accès mélancolique.

Mme M... est apathique, inerte.

Q. — Est-ce la première fois que vous venez ?

R. — Non, la deuxième.

Q. — Où êtes-vous ici ?

R. — A Broca (le nom du quartier). (Désorientée dans le temps.)

Reconnaît le médecin qui l'a soignée lors de son premier internement.

Certificat de vingt-quatre heures. — ... est réintégrée, présentant actuellement de la dépression morale, des idées d'indignité, de la propension au suicide, du refus d'aliments. Cet accès de mélancolie tardive succède, après un intervalle de cinq ans environ, à une autre crise qui fut marquée non seulement par des troubles mentaux, mais, en outre, par des manifestations d'automatisme musculaire. Le pronostic est favorable. A maintenir.

Certificat de quinzaine. — ... se maintient dans un état de mélancolie anxieuse avec refus d'aliments. L'accès suit son cours; il se terminera, sauf complications imprévues, par le retour de la lucidité. A maintenir.

3 mai : Refus de toute nourriture par intermittence, prononce pendant des journées entières le même mot : « M... m... m... » ou « Rien du tout... rien du tout... y a du fer... y a du fer... » ; demeure cependant assez calme dans son lit.

Juin : Ne s'alimente pas.

Q. — Pourquoi ne voulez-vous pas manger ?

R. — Il le faut..... (Veut se noyer dans une rivière.)

Q. — Pourquoi voulez-vous vous noyer ?

R. — Il le faut. (Pleure.)

10 juin 1930 : Fracture du col du fémur à la suite d'une chute sur le carrelage de la salle. On met le membre dans une gouttière avec traction continue.

En 1932, on fait une série d'injections de Biocholine.

13 mai 1933 : *Q.* — Bonjour, Madame ?

R. — Bonjour, Monsieur Roger. (Rires.)

Ne se rappelle ni son âge (elle dit 70), ni sa date de naissance; elle sait qu'elle est à Bordeaux, dans un hôpital où l'on soigne les femmes.

Q. — En 1914 ?

R. — La guerre, j'y ai perdu deux neveux.

Q. — Combien a-t-elle duré ?

R. — Je ne sais pas. (Ne sait pas lire ni écrire.)

Q. — 7 et 15 ?

R. — 13...12. (Compte sur ses doigts.)

Q. — Visions ?

R. — En commençant, j'ai vu la Sainte Vierge... dans les nuages, à présent je vois des personnages...

Q. — Qu'est-ce qui vous ennuie ?

R. — De parler mal... de dire toujours m..., en commençant c'était très peu, et davantage à présent. (Facétieuse... rit.)

Juin : « ... Quand on me faisait prendre la sonde, je ne pouvais pas manger autrement... on m'avait comme ça habituée... »

Q. — Dans quels quartiers êtes-vous allée dans Picon ?

R. — A Broca... en sortant de ce corridor... à la gendarmerie...

Q. — Age ?

R. — Moi, j'ai 70 ans...

Q. — Née en ?

R. — Je ne sais pas...

Q. — Lire et écrire ?

R. — Non.

Q. — Avez-vous de la famille ?

R. — Une fille qui est mariée.

Q. — Quand est-elle venue ?

R. — Il y a deux mois, maintenant les voyages coûtent cher... elle n'a pas d'enfant... elle a 40 et quelques années.

Q. — Voulez-vous revenir chez elle ?

R. — Comment voulez-vous qu'elle me soigne... de mal parler... vous le savez...

Q. — Vous dites des grossièretés ?

R. — Quand je suis tombée malade, je suis tombée comme ça à parler mal... mon mari me battait...

Q. — Que voyez-vous la nuit quand vous ne dormez pas ?

R. — Rien.

Q. — On vous parle ?

R. — On m'insulte... je crois que c'est pour moi... il aurait mieux valu que mon mari me laisse me noyer quand j'ai voulu me noyer...

Q. — Vous ennue-t-on ici ?

R. — Non... On ne me bat pas... pas d'empoisonnement... il ne peut pas travailler mon mari, il est plein de rhumatismes.

Q. — Etes-vous aussi bien ici que chez vous ?

R. — Oui.

Se rappelle être tombée à Broca et s'être cassée la jambe :
« ... On m'a poussée et je suis tombée... il y avait Jeanne, une infirmière. » (Exact.)

En résumé : Mme M.. est internée en 1922, à l'âge de 54 ans, pour mélancolie, à Château-Picon, où elle reste deux ans environ. Sortie guérie, elle reste dans cet état chez elle pendant cinq ans. En 1929, à l'âge de 59 ans, Mme M... est internée à nouveau pour un second accès mélancolique. Le fonds mental, qui, à ce moment, paraissait intact est dissocié en 1933.

OBSERVATION H.

B... (Jeanne), femme D..., ménagère, née en 1879.

Première admission à Château-Picon du 7 décembre 1926 au 14 mars 1929.

A eu dans le courant de sa vie familiale quelques petites crises de dépression.

A 20 ans, alors qu'elle était enceinte de deux mois, a eu un épisode fébrile avec paralysie du membre supérieur gauche, qui reste atrophié (traitement électrique).

Au septième mois de sa grossesse, présente dix-huit crises d'éclampsie et accouche avant terme d'un enfant mort. A ce moment, la malade est un peu confuse : elle ignore qu'elle a accouché.

Depuis le mois d'août 1926, Mme D... était surexcitée, aux dires des siens, un rien la contrariait; mais elle travaillait à ce moment.

Vers le milieu d'octobre 1926, la malade se montre très inquiète au sujet de sa sœur, bientôt elle est euphorique, période d'excitation, « elle voyait tout en rose », puis violente céphalée avec « divagation ». On met de la glace sur la tête de la malade, puis dépression avec inquiétude les jours suivants, idées délirantes mélancoliques, « des gens disaient du mal d'elle dans le silence le plus complet ». Terreurs fréquentes. Agitation avec absence de sommeil. Idées de suicide.

Certificat d'admission à Château-Picon (7 décembre 1926). — ...est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de la dépression psychique généralisée, avec tristesse morbide, anxiété paroxystique, pleurs et gémissements, par crises, refus des aliments, nécessité des aliments par autrui, préoccupations inquiètes au sujet de fautes qui auraient été commises autrefois par elle, craintes d'accusations dirigées contre elle et contre son mari, relatives à des actes délictueux, croyance à des mesures pénales imminentes, idées de suicide survenant par accès; aggravation progressive de l'état précédent depuis trois mois. Etat général encore satisfaisant, ménopause prolongée depuis deux ans, métrorragies intermittentes. Séquelles de poliomyélite antérieure aiguë survenue à l'âge de 20 ans, il existe une atrophie du membre supérieur gauche.

Interrogatoire :

Q. — Où êtes-vous ici ?

R. — Est-ce que je suis au fort du Hâ ici, on m'a fait comme un petit jugement et on m'a réhabilitée... j'ai eu 2 ou 3 grossesses, je ne sais plus, je suis peut-être enceinte... maintenant je me trouve le ventre gros... c'est peut-être l'albumine... sûrement j'ai quelque chose... c'est peut-être l'anémie... j'ai toujours été anémiée... j'ai une paralysie du bras gauche depuis ma première grossesse de sept mois... j'ai toujours été neurasthénique et triste, sauf quand

j'étais jeune... j'ai toujours peur d'avoir le mal... il y a longtemps que je suis malade, ça m'a pris par la fièvre... on m'a mis la glace sur la tête. » (Facies triste, parle lentement, d'une façon plaintive... pessimiste sur tout et surtout pour tout ce qui la touche de près.) « J'ai fait deux déclarations..... dans l'une j'en ai trop dit, dans l'autre pas assez..... ce que j'ai dit, je serais bien en peine de le dire..... j'ai dit bien des choses..... sur des blessures que je n'ai pas faites..... 4 ou 5..... la réalité c'est 3 : une de 7 mois, albumine, éclampsie; une de 3 mois, et l'autre ce n'est pas une blessure..... je ne sais pas si je suis enceinte ou non..... je me trouve beaucoup de ventre. Je n'ai pas été réglée depuis quelques mois..... j'aurais dû déclarer que j'avais oublié qu'une jeune fille avait fait un avortement, c'est la justice.

Q. — Votre mari ?

R. — Il est douanier, il doit être mort, j'en ai l'impression.

Q. — Pourquoi ?

R. — On ne me l'a pas dit..... il avait la syphilis.... je n'en sais rien..... j'ai trouvé mon frère mort et je suis malade depuis.....

Certificat de vingt-quatre heures. —présente un état mental caractérisé par de la douleur morale, des appréhensions, des incertitudes anxieuses au sujet de certains actes de sa vie. On remarque un degré de confusion des idées.

Au point de vue somatique, il existe des tremblements dans les muscles de la face et de la langue, et au bras gauche des séquelles de poliomyélite antérieure* sous forme d'atrophie de la majorité des muscles et d'abolition des réflexes tendineux. Cette association de psychonévrose et de maladie organique des centres n'est pas d'association courante.

9 décembre : Malade très inquiète, gémissements prolongés. « J'ai du remords, j'entends les personnes qui me parlent, elles sont dans la cour. »

Lenteur extrême de l'idéation, réponses laborieuses mais exactes, non absurdes. Léger état de confusion. Dès l'abord on pourrait croire la malade plus obnubilée qu'elle ne l'est en réalité : la physionomie est égarée, les yeux grands ouverts, le regard ne fixe rien mais à un interrogatoire patient la malade se révèle assez bien

orientée dans le temps et dans l'espace, et la suite de ses souvenirs est retrouvée avec logique. « Je vous reconnais, vous êtes venu hier. Est-ce hier ou avant-hier que je vous ai vu avec un autre médecin..... Un autre médecin était venu avec un interne, je pense. » Les réponses sont lentes, on doit les arracher à la malade.

Au point de vue somatique, on note : pupilles paresseuses, tremblement considérable de tout le corps, atrophie accentuée du membre supérieur gauche.

10 décembre : Ponction lombaire, liquide limpide, pas d'albumine en excès, lymphocytose assez forte : 40 éléments par champ.

Certificat de quinzaine. — s'est maintenue depuis son arrivée dans le même état de mélancolie avec confusion légère et intermittente des idées. Les signes somatiques surajoutés, paralysie, atrophie, tremblement, subsistent. La ponction lombaire a mis en évidence une réaction inflammatoire du liquide céphalo-rachidien. A maintenir.

24 décembre 1926 : Est confinée au lit, où elle reste inerte, ne s'occupant à rien. Le visage est assez éveillé, cependant, la malade suit les faits et gestes des personnes qui l'entourent. Obtusion assez considérable. Lenteur des réponses. Interprétation : une malade de la salle vient près du lit de Mme D... et parle en patois : « Je comprends, dit notre malade, elle parle à deux sens, c'est pour se moquer de moi. » Hier, un monsieur vieux est venu (le mari d'une malade), il regardait tout.... il m'inquiétait.... j'entends qu'on rit dans la petite chambre..... je crois que c'est ma mère qu'on y a amenée..... je crois qu'on a volé chez moi.... j'entends des voitures. »

30 décembre : Toujours inquiète, ne mange pas ses aliments mais les porte aux cabinets.

Q. — Pourquoi ne mangez-vous pas ?

R. — Je veux partir..... je m'ennuie..... on m'a défendu de manger. (Doit être alimentée à la sonde.)

7 février 1927 : Un peu d'amélioration. Cependant l'alimentation reste difficile, se lève un peu, ne parle pas, sauf avec sa famille. La physionomie est toujours triste.

12 mars : Même état de mutisme, d'inertie au lit et de tristesse.

Q. — Qu'est-ce qui vous attriste ?

R. — Ce qui m'est le plus désagréable, c'est de voir des gens noirs, des bêtes qui courent par terre autour de moi... elles me feraient du mal oui....

Q. — Est-ce qu'il y a des gens qui vous en veulent ?

R. — Oui, il y en a bien. (Réponses rares, à voix sourde, tremblement intense de tout le corps, refuse de tirer la langue, haleine fétide, désorientation.

2 avril : Préoccupation hypocondriaque, la malade se plaint de trop uriner, de ressentir des picotements à l'anus, parfois pousse de véritables hurlements, calme et inerte d'habitude.

5 avril : Gâteuse, mais non de la vessie.

12 avril : N'est plus gâteuse; pendant trois jours a transpiré énormément sans motif.

12 décembre 1927 : Se lève un peu, mais s'immobilise dans un coin, la tête dans un châle. Alimentation difficile : Poids 34 kg. 800.

6 mars 1929 : Depuis quelque temps, on remarque une détente qui va en s'accroissant. La malade cause volontiers avec le personnel, répond correctement au médecin, demande à retourner auprès de son mari.

9 mars 1929 : Certificat de guérison pour sortie.

D... est actuellement calme, lucide et désireuse de retourner auprès de son mari, qui la réclame. La guérison porte sur les troubles de l'esprit, car ce qui ne peut rétrocéder c'est l'atrophie et la parésie du membre supérieur gauche, reliquats de poliomyélite. A remettre à son mari.

2^e admission à Château-Picon (3 octobre 1930) : Pendant son séjour chez elle, du 10 mars 1929 au 3 octobre 1930, Mme D... s'occupait de son ménage, mais restait déprimée, parfois périodes d'inertie. Elle mangeait et dormait bien. L'accès actuel a commencé la nuit, caractérisé par une excitation psycho-motrice. Elle entendait des gens lui parler, ce qui a toujours plus ou moins existé depuis sa sortie de Picon en 1929.

Certificat d'admission. — est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique et psycho-motrice, bavardage et gesticulation, humeur hargneuse et acariâtre, idées déli-

riantes de persécution, croyance à des injures proférées par les passants et les voisins, hallucinations auditives, réactions violentes et agressives, scènes scandaleuses, désordre des actes. A été internée en 1926 à l'Asile de Château-Picon pour des phénomènes mélancoliques.

3 octobre 1930 : La malade se présente en pleine excitation, parle, rit aux éclats, gesticule, très présente à l'interrogatoire, gesticulant parfois avec violence.

Elle se dit empoisonnée par un M. A... : « Je suis empoisonnée, je vais vous empoisonner..... je suis visionnaire, la nuit il m'apparaît..... on me fait du cinéma la nuit..... des émanations..... »

Elle a des idées d'humilité, elle veut être humble. Si on le lui ordonne, elle embrasse le sol. Par instants, elle rit aux éclats, mais si on lui parle de chagrins passés elle se met à pleurer. Elle ne se rappelle pas son premier internement. Sa mémoire paraît en défaut : « Je ne sais pas, j'ai des absences..... » Par moment, la malade dit posséder l'univers.....

« J'ai eu des amants..... j'ai voulu tuer mon mari pour sauver le peuple..... soldat..... je dois avoir 55 ans..... si je ne me trompe, je suis née en 79..... ma sœur est née en 79..... j'ai donné l'argent à un amant que j'avais. »

Q. — 8 et 8?

R. — 16.

Q. — 9×8 ?

R. — 24.

Q. — 6×5 ?

R. — 30.

Q. — Combien d'enfants?

R. — Pas fait..... J'ai pas d'enfant.

Q. — En quelle année la guerre?

R. — Cherchez-le.....

Examen physique. — Au membre supérieur gauche, on constate une atrophie musculaire généralisée, de la parésie; réflexes rotuliens diminués.

Certificat de vingt-quatre heures. — est atteinte de folie

Intermittente. L'accès actuel se caractérise par l'incohérence des propos, de la suite des idées, de l'excitation motrice vive.

La malade paraît avoir un certain affaiblissement de la mémoire. Les réflexes rotuliens sont très diminués et, de temps en temps, on note quelques achoppements syllabiques. A maintenir.

11 octobre : Malade un peu plus calme : « J'ai des visions..... je vois ceux qui veulent me faire du mal..... je suis philosophe..... » Un peu de logorrhée, attention spontanée, mais de courte durée, fuite des idées. Le fonds mental semble conservé.

16 octobre : « C'est drôle, je vois des gens au pied de mon lit; quand je me lève, je ne les vois plus, pourquoi ça.....? j'entends aussi des gens de chez moi qui me parlent. »

17 octobre : « Je suis ici depuis hier au soir. J'ai vu ici des gens de Saint-André qui se battaient et parlaient, qui montaient aux fenêtres....., tous les gens de chez moi m'ont suivie ».

Q. — Quand êtes-vous venue ici la première fois?

R. — Il y a sept ans.....

Certificat de quinzaine. — présente une excitation à forme maniaque, actuellement caractérisée par du défaut d'attention, de l'euphorie habituelle, des propos tout à fait incohérents, qui, cependant, indiquent que la malade est hallucinée de l'ouïe. En outre, il semble exister des troubles de la mémoire, l'agitation est surtout actuellement de nature psychique.

L'excitation motrice est presque nulle. Les renseignements donnés par le mari nous ont appris que cette malade chez elle n'était pas guérie et présentait fréquemment des troubles hallucinatoires. A maintenir.

Décembre 1930 : Malade triste.

Q. — Pourquoi êtes-vous triste?

R. — Je m'ennuie..... je suis malade de l'estomac, de la tête qui est lourde..... j'ai parfois les idées troublées.....

Q. — Depuis quand ici?

R. — Dix-sept jours. (Inexact, il y a deux mois.) Mon mari ne vient pas me voir..... pourquoi l'empêche-t-on de venir..... depuis que je suis ici je n'ai eu aucun soin..... on me fait manger ce qui me fait mal.

Q. — Pas de visions?

R. — Quand même j'en aurais, je ne le dirais pas..... en fermant les yeux, je vois des gestes qui me passent à travers..... c'est ce que je veux éviter..... je veux aller à l'air, à la campagne, et j'espère que ça me passera.

Q. — Qui fait ces gestes?

R. — Je les reconnais sur le moment, si vous étiez là je vous le dirais.....

Q. — Qui entendez-vous?

R. — Oui, Monsieur, tout le pays est ici..... vous avez jusqu'au maire..... il y a des autos qui courent tous les jours, et il y en a, ce n'est pas ce qui manque.

Q. — Quand la guerre?

R. — Je crois que c'en est une guerre, tout le monde se révolte, je crois..... de la poudre..... des bombes.... des machines en sous-sol..... ici, dans ce coin, aussi je ne dors pas.....

Q. — Quand la dernière guerre?

R. — Je ne sais pas. (Donne des solutions exactes pour les additions et multiplications simples qu'on lui demande de faire).

13 mai 1933 Je suis d'une alliance de votre fille avec un voisin Guillaume..... née en 1577, parent au mont Suve le mont Vésuve..... C'est un département, et Léon XIII, empereur de Russie, mariée à Amélie..... Vous savez comme on se marie.....

Q. — Age?

R. — 112 ans, si toutes les années bissextiles continuent..... je suis sortie d'ici à l'autre clinique..... tout en dormant.....

Q. — Quel âge exactement?

R. — 118 ans et 2 heures.....

Q. — Née en?

R. — 79.....

Q. — En quel siècle?

R. — 11009..... 79, c'était en 79, mais après il y avait d'autres mondes..... je suis une fille de Mme G.....

Q. — En quelle année sommes-nous?

R. — 1673 ou autrement 1298.....

Q. — Qu'appellez-vous années bissextiles?

R. — Des années portent 365..... d'autres 369..... d'autres 360.....
Henri IV marié au Vésuve de Thomas. (Incohérente.)

Q. — Qu'est-ce que le Vésuve?

R. — Splendeurs de la nature... on m'y a endormie..... j'y
suis tombée 38 millions de fois.....

Q. — Ici qu'est-ce?

R. — C'était Château-Roux..... M. Colin Maillard..... Maillard
c'était un douanier.....

Q. — Le nom de la maison ici?

R. — de santé..... de boisson..... de ce qu'il faut faire.....
moi, on m'a vue endormie.....

Q. — Qui vous a endormi?

R. — M. M... il s'est posé les pieds sur les jambes..... il voulait
que je parle et j'étais muette..... il est né en Suisse..... au deuxième
lit, le même jour, il s'est tiré un coup de revolver..... comme il y a
trois ans et dix-huit jours..... par une sœur Alphonsine..... le sang
coulait, c'était profond de 18 centimètres..... elle voulait être im-
pératrice avec une autre.....

Juin 1933 : Q. — Quand êtes-vous déjà venue ici?

R. — Il y a six ans et treize jours...

Q. — Où êtes-vous née?

R. — Ce port de Richard.

Q. — Où c'est?

R. — Près de L... 1 million 678.000 habitants..... 4 habitants.....
1 chef-lieu vaut 370.000 villages..... 160.000 villages et 14 départe-
ments, le seul qui reste est au Valois avec l'eau..... la piquette.

Q. — Connaissez-vous Bordeaux?

R. — Ville d'habitations nocturnes..... dans les chefs-lieux il
y a toujours eu des notaires et des..... Mon mari a été pendu par
les pieds, on faisait la graisse alimentaire.....

Q. — Dans quel département est Bordeaux?

R. — Rose de Monte-Carlo.

Q. — Quel métier votre mari?

R. — Douanier.

Q. — Vivant?

R. — Oui, mais combien il a reçu du mal..... 168 fois on l'a tu-
méfié..... des pinces lui tiraient le nez.....

Q. — Des enfants?

R. — Une seule avec mon mari..... on m'a enlevée.....

Q. — Quel âge a votre fille?

R. — 21 ans et 16 jours.....

Q. — En quelle année sa naissance?

R. — En 1514, à Pauillac.....

Q. — Combien de fois avez-vous accouché?

R. — 118 fois..... Comme je porte l'âge de 112 ans aujourd'hui.

Q. — Que fait votre fille?

R. — ... (Salade de mots. Se lève, montre les boutons électriques du doigt, incohérente, logorrhée.)

Q. — Heureuse ou malheureuse?

R. — Pas malheureuse..... je peux discuter avec n'importe qui..... (Verbigération.) on m'empoisonne..... le vieux avec ma mère il met de mauvaises choses dans mes aliments.....

Q. — Visions?

R. — J'ai vu des morts déterrés..... mon mari..... il travaillait tout à l'heure..... (Incohérente.)

Q. — Fantômes?

R. — Oui.... je les vois, on les couche.

Q. — On vous parle la nuit?

R. — Personne..... on mange trois fois la nuit.....

Q. — Que réclamez-vous ?

R. — Mieux servie que je suis.....

En résumé, il s'agit d'une femme qui vient une première fois à Château-Picon en 1926, à l'âge de 47 ans, pour un accès mélancolique, elle quitte l'asile deux ans après environ, mais la guérison n'est pas absolument parfaite. La malade reste chez elle pendant dix-neuf mois, s'occupant de son ménage, mais parfois hallucinée. Elle revient à Château-Picon en octobre pour un accès maniaque aigu. En 1933, elle paraît dissociée.

OBSERVATION III.

D... (Anne-Marie), née le 22 mai 1885 à X... (Ille-et-Vilaine), célibataire.

On possède peu de renseignements sur les antécédents de cette malade, qui se plaçait comme domestique. Les premiers troubles mentaux apparurent en juillet 1915 à l'âge de 30 ans.

Le 13 août 1915, D... se jette dans un canal après s'être tailladée la jambe avec un couteau. Repêchée à temps, elle est mise en observation à l'Asile de Rennes le 15 août 1915, où le médecin-chef note « agitation psycho-motrice, fuite des idées, a eu des impulsions au suicide ».

15 août : Q. — Pourquoi vous êtes-vous jetée dans le canal ?

R. — Parce que les gendarmes me poursuivaient..... vous savez bien pourquoi j'ai fait tout ça..... j'ai dit que le drapeau était sur le fumier..... j'ai bien vu que mon péché était là.

L'examen somatique de D... ne montre rien de particulier.

Septembre : Désordre extrême des idées. Cependant est à peu près orientée dans le temps, non dans l'espace. Malade familière dont l'attention ne peut être fixée, tient des propos qui frisent l'obscénité. Illusion des sens.

20 septembre : Depuis trois jours, D... est déprimée.

Octobre : Moins calme depuis une semaine. « Je me suis laissé toucher par des jeunes gens... je le faisais avec une fille de Vitré..... j'ai pris le verre dans mes mains pour me faire mal..... »

Novembre : Le 15, s'est frappé la tête avec un bâton, puis contre son lit.

Décembre : D... est calme, dort la nuit, distribue les repas aux malades avec les infirmières.

D... quitte l'Asile le 17.

Janvier 1916 : Elle est si bien guérie que le médecin qui l'a soignée pendant son internement la prend à gages à son service comme cuisinière, ce qui nous permet d'affirmer que D... était tout à fait normale pendant ce premier intervalle lucide, qui dura treize mois.

Deuxième internement à l'Asile de Rennes, le 8 mars 1917.

Certificat de vingt-quatre heures. — ... tient des propos incohérents, veut mourir « pour cueillir une rose au ciel », est ravie, montre de l'enthousiasme, va épouser un marchand de cochons, voit le Bon Dieu, la Sainte Vierge..... Elle a déjà fait un premier séjour à l'Asile. Réintégration justifiée.

Le second séjour de D... à l'Asile va se prolonger jusqu'en octobre 1920. La malade passe par des phases d'excitation et de dépression. Parfois les sautes d'humeur sont très rapides. Elle est très hallucinée de l'ouïe et de la vue. Dans ses propos incohérents, on relève : « Tout va bien..... les champs sont beaux..... j'ai vu le corbillard de Guillaume..... tout ce que je mangeais, je disais que c'était du poison, même le chocolat..... j'ai pris du verre dans mes mains..... j'ai porté une couronne d'épines avec une faveur verte et des roses. » Raconte qu'elle a fait un scandale avec des prisonniers allemands.

Depuis le mois d'août, l'état mental est très amélioré; D... travaille à la buanderie, est très travailleuse.

Le 13 octobre 1920, on fait le certificat de guérison de D... Cette personne reprend sa place de cuisinière chez son médecin comme si rien ne s'était passé tant la guérison est complète; celle-ci persiste pendant trois ans et quatre mois.

Troisième internement à l'Asile de Rennes le 22 février 1924, où elle restera jusqu'au 22 septembre 1927, date à laquelle elle sera transférée à Bordeaux. Pendant ce troisième séjour à Rennes, on relève sur les observations que D... est passée par des phases de dépression et d'excitation.

On relève sur les certificats médicaux « crises assez fréquentes de dépression mélancolique avec insomnie, anorexie, idées de suicide ».

La dépression diminue, sa santé s'améliore et elle traverse actuellement une période d'euphorie.

Certificat de transfert à l'Asile de Château-Picon (22 septembre 1927). — D... présente des scènes d'agitation, caractère difficile et changeant. Est actuellement dans une période de calme relatif qui permet de la transférer sans difficulté.

29 novembre 1927 : A Château-Picon, D... est relativement calme,

bien orientée dans le temps, dans l'espace. Sa mémoire paraît bien conservée.

Q. — Avez-vous des parents?

R. — Ils sont morts..... d'usure..... ils avaient beaucoup travaillé, nous étions dix.

Q. — Quel métier?

R. — Cuisinière..... J'ai travaillé au quartier..... Le directeur m'a envoyé ici parce que c'est à Bordeaux mon domicile de secours.

Certificat de 24 heures. — est atteinte de psychopathie à forme intermittente. Cette personne dit avoir été internée à plusieurs reprises à l'Asile de Rennes. Il semble que ce soit pour des accès maniaques dépressifs. Actuellement, la malade est vaguement troublée, déplorant de « n'être pas très forte ». La conscience de l'état présent et passé est assez nette. A maintenir.

3 décembre : L'état physique de cette malade est bon. Elle ne paraît pas avoir plus de 42 ans. Elle pèse 55 kilos. L'examen des divers appareils ne montre rien de particulier à signaler. La malade est calme, travaille.

10 décembre : Le calme persiste, mais il semble que depuis quelques jours il existe une légère dépression.

Q. — Quand y a-t-il eu la grande guerre?

R. — Oh! vous savez.

Q. — Combien a-t-elle duré?

R. — Quatre à cinq ans.

Q. — Entre qui?

R. — Allemagne..... Russes, mais pas tout..... (Incohérente.)..... On se jette à l'eau, on se fait mal à la jambe.....

Q. — Pourquoi vous êtes-vous jetée à l'eau?

R. — Oh! que sais-je? mon père me disait de rentrer à la maison et j'allais me jeter à l'eau..... elle est..... oh! tant mieux, le vrai bonheur c'est de ne pas se souvenir..... je n'ai plus de confiance en rien..... (Suivent des phrases incohérentes.)

Q. — Avez-vous à vous plaindre de quelqu'un?

R. — Je suis mon chemin sans m'inquiéter de personne.....

Certificat de quinzaine (12 décembre). — est atteinte de

troubles mentaux caractérisés par des crises périodiques d'excitation ou de tristesse. Dans l'intervalle des accès, et c'est à cet intervalle que correspond l'état actuel, la malade est réduite dans son activité, fantasque, hermétique, incapable de vivre en liberté.

Placement justifié.

23 décembre : Depuis quelques jours, la malade est plutôt déprimée; il faut de temps en temps l'alimenter à la sonde. Ce matin, elle est sous ses couvertures, l'œil fixe, faisant la morte, l'air triste, ne répondant à aucune des questions qu'on lui pose.

2 janvier 1928 : Cette période de réticence, mutisme, avec un peu de négativisme, est terminée depuis trois jours. Calme, la malade s'alimente et semble sortir de sa tristesse.

Au milieu de l'année 1928, D... paraît être redevenue normale. Elle va travailler chez son médecin; à l'Asile, on est très content de ses services. La malade est très attachée à ses maîtres et en particulier très affectueuse avec l'enfant de ceux-ci; mais en 1919 nous trouvons sur l'observation de D... qu'elle a dû être à nouveau maintenue au quartier pour une crise d'hypomanie.

Résumons maintenant l'évolution de la maladie de D... depuis 1929 à 1933. Pendant ces quatre années, on assista à l'évolution d'un double processus. D'autre part à l'atténuation de l'acuité des signes maniaco-dépressifs, d'autre part à l'apparition de signes nouveaux surajoutés qui s'accusèrent de jour en jour pour dominer le tableau clinique. On assista peu à peu à l'effritement des sentiments affectifs de D... Elle cessa de correspondre avec sa famille, malgré les sollicitations réitérées des siens. La nouvelle de la mort de ses parents, survenue à deux années d'intervalle, la laissa dans la plus profonde indifférence. Cette indifférence se traduisit aussi vis-à-vis de son entourage immédiat de l'Asile; elle s'accompagnait d'apathie confinant la malade au lit; celle-ci, immobile, ne s'intéressait à rien. Elle était toujours hallucinée, mais sans présenter d'idées délirantes nettes. Incohérente souvent dans ses propos, elle restait parfois plusieurs jours sans répondre. On constatait une tristesse vague, mal définie, réduisant l'activité de la malade, mais sans idées d'auto-accusations ni d'indignité, ni d'hypocondries; il y avait plutôt alors un sentiment, non d'im-

puissance, mais d'inutilité de travailler, d'accomplir un effort.

Aux questions posées, D... répondait : « Je m'en fous..... Ça m'est égal, pourquoi faire. » Cette dépression physique et psychique durait quinze jours, un mois, et était remplacée par une période plus ou moins longue, pendant laquelle la malade paraissait moins triste, répondait plus facilement aux questions, tout aussi indifférente vis-à-vis de ce qui se passait autour d'elle; elle avait par moments des réparties malicieuses ou ironiques, mais assez souvent une mimique inadéquate. Elle présentait des gestes, des attitudes parfois stéréotypées, mais souvent bizarres, inattendues.

D... était maniérée dans ses gestes, dans ses paroles, parlait avec verbigération, employant des néologismes, présentant une intermittence dans sa pensée très nette; après une phrase sensée survenaient des mots jetés en pagaïe, une véritable salade de mots, ou, par moments, des phrases incohérentes. Il n'y avait pas à proprement parler d'agitation psychomotrice, mais cependant la malade passait par un cycle plus ou moins rythmé maniaco-dépressif, bien qu'à peine estompé.

Reprenons l'observation en avril 1933. Notre malade est à l'heure actuelle installée depuis trois ans dans l'état qu'elle présente, et cela d'une façon stationnaire, sans que, depuis cette époque se soit produit aucun changement.

10 avril 1933 : Est en ce moment dans une phase dépressive, ne veut pas se lever; elle cache souvent sa tête sous les couvertures; son facies est très légèrement triste, elle regarde au loin, à travers la fenêtre de la salle qui est devant elle. Son regard est inexpressif, atone. Elle reste immobile, ne voulant rien faire, un peu réticente et négativiste, voire quelquefois hostile. Elle s'alimente bien toute seule, elle n'est pas gâteuse, elle ne l'a du reste jamais été.

Q. — Comment allez-vous?

Pas de réponse.

R. — Ça va très mal?... très mal. (Le dit d'un ton inadéquat, sans y penser.)

Q. — Vous vous appelez Anne-Marie-Françoise?

R. — Ce n'est pas mon nom.

Q. — D...?

R. — Je ne sais pas.

Q. — Savez-vous où vous êtes ici?

R. — Je sais où c'est.

Q. — Qu'est-ce que c'est ici la maison?

R. — Je ne sais pas.

Q. — C'est chez vous?

R. — Oui.....

Q. — C'est une prison?

R. — C'est beaucoup de choses.

Q. — Lesquelles?

R. — Je ne le dirai pas..... J'ai le doigt tordu..... On me torture..... on me fait beaucoup de choses..... (Incohérente ensuite.)

Q. — Depuis quand ici?

R. — Je ne sais pas.

Q. — Ça vous est égal?

R. — Par force.

Q. — Où est votre famille?

Ne répond pas.

20 avril : Aujourd'hui, notre malade est levée; elle essaie de faire un ourlet à un morceau d'étoffe qu'on lui a donné; encore lui a-t-on commandé de faire ce travail, auquel elle ne s'intéresse pas du tout; elle coud d'une façon irrégulière, sans soin, un peu triste, la tête sur l'épaule, d'un air las, les yeux perdus, négativiste; elle ne répond pas ou par moments en disant : et puis..... je ne sais rien..... je n'ai rien à dire..... parfois chantonne et un sourire figé éclaire pour un moment son visage.

Q. — Que désirez-vous?

Pas de réponse.

Q. — Rien ?.....

R. — Merci, Docteur.....

Q. — Voulez-vous partir?

R. — Non.

Q. — Changer de quartier, de chambre?

R. — Non.

Q. — Vous plaignez-vous de quelque chose? Que voulez-vous, voyons?

R. — Des pastilles. (Le dit d'un ton un peu malicieux, mais éclate de rire d'une façon disproportionnée.)

Q. — Des pastilles de gomme?

R. — Je les aime. (Rit à nouveau.)

Q. — Vous dormez bien la nuit? Pas de cauchemars?

R. — **Non.**

Q. — Ne voyez-vous rien qui vous fasse peur?

R. — Non.

De nombreuses questions n'amènent pas de réponse. D... ne s'occupe pas de la présence du médecin à ses côtés. On lui fait voir une montre.

Q. — Quelle heure est-il?

R. — 10 h. 5 (Exact.)

Q. — Du matin ou du soir?..... Vous couchez à bien grands points?

R. — Quand on est pressé, on va à la course..... points de Jésus.....

2 mai : Nous accueille avec le sourire, est assise dans son lit. Depuis quelques jours répondait mieux. En nous voyant arriver, elle parle spontanément . « Tiens! vous voilà..... d'où venez-vous?..... de ma chambre? Elle est meublée (rises) de la plateforme..... couillon de la lune..... (rit, satisfaite)..... C'est noir ce que je vois..... au bout de votre doigt.

Q. — Quelle est l'adresse de votre sœur?

R. — Est-ce que je sais où elle est. On me martyrise, il ne faut pas y attacher d'importance, je suis attachée à vous..... voulez-vous qu'on se marie ensemble?..... (Incohérente, verbigération, maniérisme.)

Q. — Vous paraissez aimable aujourd'hui.

R. — Je cherche à plaire à tous les bergers du hameau..... Qu'est-ce que c'est qu'une put,.... une propre à rien..... se mettre une ceinture. (Chante gaiement.)

Sa voisine lui dit : « Elle est plus intelligente que moi », et notre malade répond : « Ah ! ce n'est pas difficile. » Elle s'intéresse à ce que nous écrivons : « C'est du menu fin, du fin menu..... n'oubliez

pas de mettre *Requiem æternam, requiescant in pace*.... J'allais au cimetière chercher ma place et je ne la trouvais pas ». (Gaie.)

Q. — Dans quel cimetière?

R. — Tu Blagues..... tu rigoles, Anatole....

Q. — Voudriez-vous partir?

R. — Je ne demande pas de changement, je m'en fiche....

Q. — Vous n'avez rien à me dire?

R. — Non, j'ai les pieds plats..... les pieds nickelés..... les roses en chemin.

8 mai : Q. — Comment avez-vous dormi cette nuit?

R. — Je le sais.... je parle quand je veux.... je serai toute seule.... Vous perdez votre temps.

Q. — Et vous?

R. — Ma fortune.... Elle est faite.... la monnaie de singe (rires). Il marche sur les pattes de derrière..... les pattes de derrière, les pattes de devant..... Il fait sa cuisine..... il vide son vase....

Q. — Où est Paris?

R. — C'est dans le coin de la maison, à mon avis....

Q. — Qu'est-ce que vous vous rappelez de Rennes? des souvenirs?

R. — Des souvenirs comme ça, chez le docteur on arrosait tout autour de la maison.... du bon vin.... (Salade de mots.)

Q. — Quel jour aujourd'hui?

R. — Le jour qui suit l'autre.... Le lun.... le mar.... le mer.... le jeu.... le ven.... le sam.... le jour du dig dong dong.

Q. — Vous êtes malicieuse?

R. — Y a pas de fou sans malice.... ça ne m'étonne pas.... rien ne m'étonne.... je ne connais pas la finesse de mon intelligence.

Q. — 8 et 4?

R. — 12.

Q. — 9 et 7?

R. — 15.... 16.... quand j'aurai passé où j'ai passé, vous pourrez dire. (Incohérente.)

Q. — Combien d'enfants?

R. — Je n'en connais pas le nombre.... Je suis une putain... ils sont en vendange.... je n'ai pas eu d'enfants.

Q. — Vous venez de dire que vous en aviez.

R. — Mais j'ai eu le tympan malade (se frappe la tête), c'est creux..... je n'ai pas de cervelle, j'en ai acheté.....

11 mai : Je suis le bon Dieu..... je me ceins de la couronne d'épines..... je vois tout beau..... ça me sourit à la vie..... moi je me balade comme ça..... j'avais un paquet de parapluies et d'ombrelles et je me promenais comme ça..... pourquoi les a-t-on pris?.....

Q. — Votre sœur vient de mourir.

R. — Ça m'est égal..... c'est comme ça qu'on m'annonce les nouvelles (ton indifférent)..... les enfants..... elles se mettent toujours la tête en bas..... allez comprendre quelque chose comme ça..... (La malade regarde fixement la fenêtre en proie à une hallucination.)

Q. — Que voyez-vous?

R. — Des anges..... sur des nuages il y a les oiseaux..... ça fait frou, et puis..... (Salade de mots.)

25 mai : *Q.* — Qu'est-ce que c'est aujourd'hui?

Pas de réponse.

Q. — L'Ascension?

R. — Je ne sais pas.

On lui montre un journal.

Q. — Qu'est-ce que c'est?

R. — Ça ne m'intéresse pas.

Q. — Comment appelle-t-on cela ?

R. — Je ne sais..... ça n'a pas de nom, je vous dis..... et puis ça, enfin c'est tout..... (D... refuse absolument de s'asseoir sur son lit.) Et puis, je ne sais pas lire; ce que je dis, c'est zéro, je suis un âne.

28 mai : Je ne connais rien que mon oreiller..... bien doux. Je m'emporte qu'importe que ce soit du n'importe quoi..... moi je vis de rien..... aimer..... rire..... chanter (le dit en chantonnant, mais sans mimique expressive ni adéquate)..... il y a le livre je sais tout, quand on ne sait rien, on sait tout.....

Q. — Voyez-vous parfois des choses qui vous font peur?

R. — J'ai vu mon enterrement, mais je n'ai reconnu personne.

4 juin : D... est couchée sous ses couvertures, la tête dans les bras, dans une pose habituelle, ne dort pas, garde obstinément les

yeux fermés, ne veut pas répondre, mutisme, ébauche de sourire, ferme les yeux et serre la bouche quand on lui commande de les ouvrir, résiste aux mouvements qu'on veut imprimer à ses membres. D... restera comme cela pendant dix jours, on ne pourra rien en tirer, et on doit l'alimenter de force.

16 juin : S'est jetée hier sur une infirmière sans raison apparente, a voulu lui donner un coup de poing.

Aujourd'hui, D... est assise sur son lit, la chemise en lambeaux qu'elle déchire sans arrêt.

18 juin : Mutisme pendant un quart d'heure au début de l'interrogatoire.

« Bâille, bâillons, bâillez, ils bâillent.... »

On donne à la malade un journal, elle saute d'un titre à l'autre. On ne peut fixer son attention, on n'obtient aucun résultat dans l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux. D... écrit avec le crayon des mots incomplets, entrelace des lettres, des traits sans signification, sans ordre, ne suit pas une ligne, crayonne des lettres biscornues, le tout d'un air absent, complètement indifférent, elle lit une réclame.

Q. — Qu'est-ce que c'est ?

R. — Sais pas... c'est rigolo. il est simple ce journal.

Q. — Pourquoi ?

R. — Des fois il y a six pages, des fois je voyage la nuit, je fais des rêves bêtes et je ne m'en souviens plus le matin.... Je me figure me lever et je ne me lève pas.... je vis comme si je ne vivais pas et je ne me soucie de rien.... Dieu donne la nourriture aux oiseaux des petits.... aux petits des oiseaux.... je me penche sur vous (se penche).... ma Doué.... il est sévère le bon Dieu.... on parle aux anges des fois.... le patient est mieux que le fort.... (Lecture d'un titre du journal.)

Q. — Voyez-vous quelquefois Dieu ?

R. — Je l'ai vu.... plusieurs fois dans la chapelle....

Q. — Mais ici ?

R. — Oui.... sur une estrade toute bleue.... je voyais des jolies choses.... (Air béat.)

Q. — Qu'entendez-vous ?

R. — Rien.....

Q. — Voyez-vous des fantômes?

R. — Je ne vois rien.

Q. — Peur?

R. — Oh! j'ai pas peur. (Reste immobile, les yeux fixés sur les murs.)

Q. — A quoi pensez-vous?

R. — A rien.....

Q. — Devine-t-on votre pensée?

Réticence.

Q. — Vous parle-t-on comme je vous parle? Reconnaissez-vous votre pensée?

R. — Nous pensons tous du même.....

Q. — Avez-vous fait quelque chose de mal?

R. — Je n'ai pas à me confesser.....

La malade ne semble pas particulièrement diminuée au point de vue psychique. Elle fait des opérations simples de calcul, mais oublie le début du raisonnement. Elle ne porte aucun intérêt à quoi que ce soit. Elle est mal orientée dans le temps, mais voilà trois ans qu'elle reste apathique, aboulique.

25 juin : Pas de changement. L'état est stationnaire. A signaler que D... ne présente pas de signe de sénilisation.

En résumé, il s'agit d'une femme internée une première fois à 30 ans pour un accès maniaco-dépressif. Elle reste à l'Asile de Rennes pendant quatre mois et en sort guérie. Pendant treize mois elle reprend son métier (cuisinière), et donne satisfaction à ceux qui l'emploient. Seconde admission à l'Asile de Rennes (à 32 ans), où elle reste trois ans et sept mois. Le diagnostic est toujours : psychose périodique. Elle sort guérie, reprend son métier; ce second intervalle lucide dure trois ans et quatre mois.

Enfin, troisième admission à 39 ans. D... est toujours une maniaco-dépressive, mais depuis cinq ans (c'est-à-dire à 43 ans) elle est devenue une démente précoce, *stade où elle se maintient depuis 1930.*

OBSERVATION IV.

B... (Marthe), cultivatrice, née le 18 septembre 1910, à X... (Ille-et-Vilaine).

Entrée à 17 ans, le 16 novembre 1927, sortie le 4 février 1929.

Renseignements héréditaires (fournis par le père). — Père en bonne santé, mère morte « neurasthénique » (suicide par noyade); à 36 ans. Un oncle maternel a été interné deux fois. Trois frères ou sœurs sont morts en bas âge. Enfant; la malade a toujours eu un caractère assez difficile, avec une tendance à l'orgueil très développée. Rien à signaler comme antécédents personnels pathologiques.

Période prodromique. — Crise de neurasthénie (?) — à l'âge de 14 ans; durée, six semaines, caractérisée surtout par de l'agitation maniaque. A 16 ans, nouvelle crise caractérisée surtout par des rires sans motifs, de l'indifférence, de l'inactivité (durée, trois mois). Pendant la période qui a suivi la deuxième crise, la malade n'a jamais repris son aspect normal; instable, elle ne pouvait rester longtemps dans aucune place. Début de la troisième crise actuelle en septembre 1927 (début brusque), elle s'est bientôt rendue insupportable à sa famille, qui l'a conduite à l'hôpital.

Certificat d'entrée à Château-Picon (15 novembre 1927). — est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique et psycho-motrice, chants, bavardage, incohérence fréquente des propos, attention mobile, humeur excessive, jovialité, rires inextinguibles, plaisanteries, gesticulation, déambulation, allures et attitudes volontairement bizarres, insomnie, tentatives de fuite... Bon état général. Ces troubles mentaux paraissent évoluer depuis plus d'un an et s'être manifestés au début par une diminution de l'activité utile et de l'adaptation au milieu social. Ces troubles mentaux sont de nature à compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes.

16 novembre : Parle seule, gesticule, euphorique : « Je suis de Saint-Malo... d'Ille-et-Vilaine native... (Chante.)

Q. — Vous êtes Bretonne ?

R. — Oui. Je comprends pas le breton.

Ecrit correctement son nom, la date et le lieu de sa naissance.

Certificat de vingt-quatre heures. — B... présente un état mental caractérisé par la fuite des idées et du langage et de l'agitation motrice. On peut toutefois fixer un moment l'attention et obtenir des opérations mentales qui prouvent l'existence d'un fonds intellectuel suffisant et non dissocié. Il s'agit d'un syndrome maniaque dont on ne peut dire qu'il soit symptomatique de schizophrénie. A maintenir.

18 novembre : Poids, 52 kilos. L'examen physique ne montre rien de particulier. Rien à signaler dans les urines.

14 novembre : Même état euphorique, salue avec exagération le médecin à son arrivée.

20 novembre : Moyennement surexcitée, incohérente dans ses propos et désordonnée dans ses actes. Bon état physique.

30 novembre : Régulée actuellement. Gâteuse depuis quelques jours. Excitation plus marquée.

Certificat de quinzaine (30 novembre). — s'est montrée habituellement, depuis son admission, incohérente dans ses propos et désordonnée dans ses actes. Il n'existe pas d'euphorie nette, ni non plus de la colère. Néanmoins, le diagnostic de manie essentielle qui comporte un pronostic favorable doit être accepté. A maintenir.

7 décembre : N'est plus gâteuse. Un peu plus calme par intermittence. Régulée à nouveau le 19 décembre.

Certificat de situation pour transfèrement (2 février 1928). — Se maintient dans un état de demi-agitation avec désordre des idées et des actes. L'accès de manie suit son cours. L'agitation n'est pas assez vive pour être un obstacle au transfèrement, mais cette opération devra s'effectuer par les soins d'un personnel en contact quotidien avec les malades de l'esprit.

18 février : Esprit toujours troublé, paroles décousues, actes désordonnés. C'est une crise qui suit son cours et qui se terminera par la guérison. (Lettre du médecin chef au père de la malade.)

21 mars : Pas d'amélioration.

La situation reste sans changement jusqu'en août 1928. A partir de ce mois, le retour à la normale se fait progressivement. La malade cherche à se rendre utile, elle est très aimable, mais sans excès, modeste et tranquille. Demande quand elle pourra partir.

26 janvier 1929 : Depuis longtemps déjà, calme et docile, laborieuse. Elle exprime le désir bien naturel de quitter la maison de santé. Si vous consentez à la recevoir, je provoquerai la sortie. (Lettre du médecin chef au père de la malade.)

Certificat de guérison pour sortie. — Bordeaux, 29 janvier 1929 : B... est actuellement guérie de l'accès de manie qui a motivé son internement. A mettre en liberté.

B... (Marthe) retourne dans sa famille en Bretagne.

Nous avons peu de renseignements sur l'état mental de B... pendant cet intervalle lucide, qui dura près de deux ans. Cependant, nous savons (et cela est sûr) que B... put se placer comme domestique et gagner sa vie.

Vingt-trois mois après être sortie guérie de Château-Picon, apparaissent à nouveau des manifestations morbides, la malade devient loquace, se mêlant aux conversations, négligeant ses occupations journalières, désordonnée dans ses actes.

B... (Marthe) est internée, le 21 décembre 1930, à l'Asile de Rennes, où le médecin chef rédige le certificat de vingt-quatre heures suivant : présente une agitation incohérente avec demi-conscience de son état et indifférence à sa situation. Possibilité de démence précoce. A maintenir.

Nous relevons dans l'observation les notes suivantes :

Janvier 1931 : Agitation psycho-motrice avec fuite des idées, rires sans motifs, euphorie.

Février-mars : La malade est plus calme, mais désorientée, elle croit être à l'Asile depuis deux ans, se trouve satisfaite de son sort, heureuse même.

Certificat de transfert à Château-Picon (26 avril). — Est habituellement assez calme. Elle a cependant des moments de turbulence. Elle peut être transférée.

La malade arrive à Bordeaux : le voyage s'est effectué dans de bonnes conditions.

Certificat de vingt-quatre heures (28 avril). — paraît atteinte de dissociation des facultés intellectuelles se traduisant par de l'incohérence des propos due à de l'automatisme mental, de la désorientation dans le temps et dans le lieu, des troubles graves de la mémoire et du raisonnement, des réactions désordonnées, des éclats de rire sans motif, de l'indifférence, une tenue négligée, de l'impudeur. A maintenir.

10 mai : « Je m'appelle B... (Marie)..... le Moulin..... Robert. »

Q. — Quel âge avez-vous ?

R. — Tillaux..... 20 ans.....

Q. — D'où venez-vous ?

R. — De Saint-Lunain..... de Lourdes.

Q. — Depuis quand êtes-vous dans ce lit ?

R. — Depuis aujourd'hui..... Je suis venue ici en compagnie du frère.....

Q. — Où étiez-vous avant ?

R. — A Noirmoutiers..... Saintes.

Q. — N'étiez-vous pas à Rennes ?

R. — A Paris..... fromage. (Incohérente, rit sans motif.)

Q. — Où êtes-vous née ?

R. — Dans l'Ille-et-Vilaine.

Q. — N'avez-vous pas été dans la Gironde ?

R. — Oh ! la couleur..... à Bordeaux. (Incohérente.)

Q. — Quand étiez-vous à Bordeaux ?

R. — Je l'ai quitté à quelle époque..... je ne m'en souviens plus..... Huguette. (Incohérente.)

Q. — Réfléchissez ? (Pas de réponse.)

Q. — Combien de temps êtes-vous restée à Bordeaux ?

R. — Je ne sais pas.

Q. — Quelle profession exerciez-vous à Bordeaux ?

R. — Je faisais le ménage..... Jardinière..... rue Saint-Sernin..... numéro chic.....

Q. — Étiez-vous domestique ?

R. — Oui..... de L...

Q. — Ce Monsieur était-il votre patron?

R. — (Incohérente)..... Sanguinette.....

Q. — Avez-vous à vous plaindre de quelque chose?

R. — Non..... Si, j'ai senti. (Incohérente.)

Q. — Que voyez-vous?

R. — Le cheval.

Q. — Où?

R. — Je sais pas. (Paraît écouter.)

Q. — A qui répondez-vous?

R. — (Tout à fait incohérente, salade de mots.)

Certificat de quinzaine (11 mai). — présente un accès d'agitation à forme hébéphrénique se traduisant par des soliloques incohérents, des troubles de la mémoire, de l'orientation, par de l'indifférence affective, des éclats de rire sans motifs. L'agitation motrice consiste surtout en désordre et malpropreté de la tenue. Cette malade a déjà été internée, a pu sortir et gagner sa vie pendant un certain temps; et pourtant l'accès actuel ne paraît guère symptomatique de folie intermittente. A maintenir.

Juin : Q. — Quel est votre nom?

R. — B... (Rire explosif.)

Q. — Age?

R. — 20 ans 1/2.

Q. — Née en?

R. — Septembre 1910. (Exact, rit.)

Q. — Où êtes-vous née?

R. — A rien de mieux..... de mon frère. (Incohérente.)

Q. — Mariée?

R. — Pas encore.

Q. — Où, ici?

R. — A Broca (le nom du pavillon), ça fait deux fois que je viens.

Q. — En quelle année sommes-nous?

R. — En 1930.

Juillet : Situation sans changement, grimaces, secousses de la physionomie, les paroles sont incohérentes, entrecoupées de rires

explosifs, sans motifs. La malade conserve des attitudes bizarres, tics.

Août : « Je suis ici depuis six mois..... avant à Saint-Méen..... »

Q. — Combien de temps êtes-vous restée à Saint-Méen?

R. — (Pas de réponses, rit à tout propos.)

Q. — Avez-vous de la famille?

R. — Oui (soliloque à voix basse, très vite, inintelligible).....
Mon père est à Montauban.

A partir du mois d'août 1932, B... a commencé à maigrir, à tousser, et, malgré tous les soins qui lui furent prodigués, elle succomba le 12 décembre de la même année à une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse confirmée par la nécropsie.

En résumé, B... a eu, à 17 ans, après deux accès antérieurs survenus à 14 et 16 ans et sur lesquels nous ne possédons aucun renseignement, un accès de manie qualifié d'essentiel par un psychiatre des plus avertis.

Elle a guéri de son accès maniaque, puis elle a rechuté environ deux ans après. L'intervalle lucide semble avoir été complet, puisqu'elle a gagné sa vie pendant ce laps de temps. A son deuxième internement, on craint, sous l'agitation psycho-motrice une démence précoce en voie d'installation. A l'arrivée de la malade à Château-Picon, six mois après, cette démence précoce ne fait plus aucun doute, et jusqu'à la mort de la malade on n'eut pas à modifier ce diagnostic.

OBSERVATION V.

Mme L... (Marguerite), née en 1893 en Gironde, cultivatrice.

1^o Internement à Château-Picon le 23 février 1912, à 19 ans.

Antécédents familiaux. — Grand-père paternel mort d'hémorragie cérébrale; grand-mère paternelle, grand-père maternel et grand-mère maternelle, rien de particulier à signaler.

Le père de la malade, bien portant en 1912, est suspect d'alcoolisme. Sa mère est bien portante aussi, mais caractère difficile, parfois violente.

Comme collatéraux, on trouve, en plus d'une frère mort-né (2), deux sœurs en bonne santé.

Parmi les parents de la malade, tous cultivateurs, aucun ne paraît avoir présenté de tares nerveuses.

Antécédents personnels. — Est née à terme, sa mère n'a pas eu d'accidents pendant sa grossesse ni pendant l'accouchement. Nourrie au sein par sa mère, sa croissance s'est effectuée normalement. A fréquenté l'école communale jusqu'à 11 ans. Très bonne élève. Réglée à 14 ans. Ses règles étaient peu abondantes, très irrégulières, mais ne s'accompagnant d'aucun trouble. S'est mariée à 17 ans. Son mari était en très bonne santé. Jeune femme, notre malade se trouvait très heureuse dans son ménage, plus que dans sa famille, mais ayant toujours un caractère difficile. A part une rougeole survenue à 12 ans, pas de maladies à signaler, pas d'accidents, pas d'émotions fortes, pas de choc affectif. N'a jamais présenté aucune manifestation pathologique particulière, ni tuberculeuse, ni syphilitique, ni névropathique, n'a jamais fait de fausse couche. En 1911, Mme L... devient enceinte, sa grossesse a évolué normalement, pendant celle-ci le caractère de la malade paraissait s'être amélioré. Le 22 janvier 1912, l'accouchement se fit en présentation de la face, qui nécessita une application de forceps. Les suites de couches furent normales.

Le début des troubles mentaux remonte aux jours qui ont suivi l'accouchement : la malade a commencé à être un peu agitée au moment de l'accouchement, calme pendant les trois jours suivants, elle fut ensuite de mauvaise humeur, n'étant satisfaite de rien. Enfin, le huitième jour, est survenu l'état de surexcitation dans lequel elle se trouvait encore au moment de son entrée à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, le 9 février 1912, où elle est mise en observation dans le service de M. le Professeur Abadie.

Certificat médical pour l'admission à Saint-André. — est atteinte d'un état psychique caractérisé par de l'agitation vive avec cris continuels, idées délirantes hallucinatoires et de persécution, grossièreté, oubli des convenances, refus d'aliments. Cet état est consécutif à un accouchement laborieux.

Certificat pour l'admission à Château-Picon (23 février 1912). — Est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par une vive agitation avec idées délirantes de persécution.

Examen somatique de la malade à son entrée. — Tempérament robuste. Poids, 45 kilos. On trouve, au point de vue pulmonaire, un peu d'obscurité de la base gauche, la sonorité est normale; les vibrations sont conservées, pas de bruits surajoutés. Rien à signaler au point de vue cardiaque.

L'examen des autres appareils montre leur intégrité. Pas d'éléments anormaux dans les urines. Au point de vue du système nerveux, on trouve à signaler une abolition des réflexes rotuliens, les autres réflexes, tendineux ou cutanés, sont normaux. Organes des sens en parfait état.

Examen mental (23 février 1912). — La malade est couchée, calme.

Q. — Où êtes-vous ici?

R. — A Picon.

Q. — Qu'est-ce Picon ?

R. — Je ne sais.....

Q. — En quelle année sommes-nous?

R. — Nous sommes en 1900..... (Cherche et sourit.)

Q. — Avez-vous un enfant?

R. — Oui.

Q. — Quand l'avez-vous eu?

R. — Je ne sais pas..... Vous avez vu mon mari..... il est là.....

La malade n'est pas allée à la selle aujourd'hui; elle a mangé, a du lait dans ses seins, la langue est bonne. Rien d'urgent.

24 février. — La malade n'a pas uriné, on retire par sondage un litre environ d'urine trouble mais ne contenant pas d'éléments anormaux.

A la demande, la malade dit correctement son nom, son âge.

Q. — En quelle année êtes-vous née?

R. — En 19..... en 92..... la seconde fête de Noël, on voulait m'appeler Noëlie..... je ne sais pas trop parler le français..... Je n'ai été à l'école qu'un mois et demi..... Ici, c'est à Picon....., qu'on ne me fasse pas mourir, moi.....

Q. — Depuis quand êtes-vous à Picon?

R. — (La malade parle patois.) ce n'est pas moi que je dois..... c'est l'homme que j'ai là (frappe sa poitrine), il doit s'en aller là-haut.

Q. — Depuis quand êtes-vous ici?

R. — Il n'y a pas longtemps.

Q. — Depuis quand êtes-vous mariée?

R. — Il y a trois ans.

Q. — Quel est le nom de votre mari?

R. — Pierre..... (Cherche et ne trouve pas.)

Q. — Combien de temps avez-vous nourri votre enfant?

R. — Je ne sais.

Q. — Quand avez-vous accouché?

R. — Je ne sais pas..... je me tromperais..... mes dents sont jolies..... (On veut faire compter la malade.) je ne sais plus calculer..... le curé de Saint..... m'a pris la tête, je ne suis plus la même (la malade compte les mois correctement) j'ai eu les mains enflées quand je sortais l'enfant..... je n'ai jamais rien pris qui m'ait fait mal.

Q. — Aimez-vous votre enfant?

R. — Si je l'aime..... (Chante.)

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par de l'humeur gaie, un besoin de parler pour dire des choses incohérentes. Il n'y a ni désorientation, ni indifférence affective; l'agitation motrice est actuellement modérée, nous ne savons ni quand ni comment la maladie a débuté (les renseignements n'étaient pas encore parvenus), mais ses allures ne permettent pas de penser à une psychose puerpérale pure; il s'agit plutôt d'un accès maniaque symptomatique de psychose périodique et déjà suffisamment éloigné de la phase du début. A maintenir.

8 mars 1912 : On donne à la malade un bain prolongé quotidien. L'humeur est gaie. Il y a un grand désordre des idées et des actes.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie caractérisée par de l'euphorie, de l'agitation psycho-motrice. La désorientation est peu marquée. La puerpéralité n'est intervenue que pour faire

éclore un accès de folie périodique. Cette crise se terminera par la guérison, mais des rechutes seront à craindre. A maintenir.

19 mars : Même état d'agitation avec alternatives très rapides, presque subites d'humeur gaie et de tristesse extrême. Même incohérence des propos. Les bains prolongés ont d'assez heureux résultats : la malade y est amenée et en est sortie très difficilement. Il existe un négativisme assez accusé pour les autres actes de la vie courante.

1^{er} avril. — Agitée. Bains prolongés.

15 avril : Même état d'agitation motrice.

Cependant, la logorrhée est moins intense. La malade prend dans sa baignoire des attitudes qu'elle conserve assez longtemps, et alors sourit aux questions posées. Etat général, bon.

29 avril : La malade est plus calme, mais seulement au lit.

Q. — Ça va?

R. — (Signe de tête affirmatif avec un clignement rieur.)

30 avril : « Je ne sais pas ce que j'ai, tenez..... J'ai l'estomac qui me fait mal. »

Q. — Pourquoi êtes-vous ici?

R. — Je le sais moi..... On me change toujours..... je parlais trop quelquefois.....

3 mai : « Je ne sais pas ce qu'on m'y met, tenez, dans le pain, on a voulu me faire mourir. »

Q. — Pourquoi vous faire mourir?

R. — On m'aurait voulu dessous la terre..... Je ne sais pas pourquoi..... On ne me voulait pas..... je suis du reste..... (Incohérente.) Je voudrais être avec quelqu'un qui ne me ferait pas fâcher.

Q. — Vous vouliez abandonner votre mari?

R. — Pourquoi nous a-t-on séparé?

Q. — Parce que vous êtes malade.

R. — Et c'est comme ça qu'on me soigne?

L'appétit est exagéré; la malade se fâche subitement, sans motifs, caprices, sorte de coups de tête.

7 mai : Lit *l'illustration* sur son lit, plus calme, a eu seulement un petit moment d'agitation hier.

« J'ai demandé du travail, je voudrais en faire, je sais tri-

coter..... (On lui donne un tricot, et elle remarque qu'il manque une aiguille.) Appétit remarquable, fait des mélanges hétéroclites : oranges + poissons + haricots.

10 mai : Q. — Avez-vous des nouvelles de votre famille?

R. — Non, pas encore.

Q. — Qui est venu vous voir hier?

R. — Personne..... Je ne sais pas ce que je dois dire.

Q. — Qui est venu?

R. — Je l'ai dit, je ne sais pas, je ne veux pas le dire..... on parle pour moi, mais je parle toute seule.

Q. — Où est votre mère?

R. — Elle reste au Château..... Maintenant je l'entends, il me semble qu'elle est ici.

Q. — Qu'est-ce qu'elle vous dit?

R. — Rien..... Je l'ai entendue maintenant, qu'est-ce qu'elle a dit..... Vous croyez que je ne la comprends pas?..... Elle a dit..... Nous..... il y a deux mois que je suis ici, qu'est-ce que j'y fais..... Qu'est-ce que nous y faisons tous?..... Vous ne l'avez pas vue ma mère?..... moi, je l'entends..... elle ne me dit rien à moi, mais elle le dit aux autres, et les autres viennent me gronder..... personne ne m'a grondée, rien qu'ici. (Parle patois à voix basse, très difficilement intelligible.)

La malade travaille un peu, fait quelques commissions avec les infirmières, mais a peur qu'on la perde; a pleuré toute l'après-midi d'hier. Alternatives de bonne et mauvaise humeur.

Q. — Vous tarde-t-il de voir votre enfant?

R. — Oui. S'il vient, je le verrai..... Je voudrais m'en aller, et alors je l'aurais..... Aller à Saint..... (Son village.) (S'adresse à la sœur.)..... ma Sœur, on parle pour moi, nous ne sommes pas d'ici, on paye le loyer pour moi ici?

17 mai : A reçu hier son mari avec indifférence, n'a pas demandé de nouvelles de son enfant, voulant partir, puis voulant rester. N'a voulu parler qu'à la fin de la visite.

La nuit a été très agitée, a dû être remise au bain.

23 mai : A dit hier à la sœur qu'elle avait vu un enfant qui voulait la mordre.

Q. — Qu'avez-vous encore ?

R. — Je suis fatiguée..... Je vis sans souci..... comme toujours.

Q. — Désirez-vous revenir chez vous ? (Pas de réponse.)

31 mai : *Q.* — Comment êtes-vous ?

R. — Je ne sais.

Q. — Voulez-vous retourner chez vous ?

R. — Oui..... mais je ne l'ai pas assez dit bientôt ?

Q. — Avez-vous à vous plaindre de quelqu'un ou de quelque chose ?

R. — Oh ! oui..... de tout le monde ici..... tous..... on m'a fait de tout un peu.....

Q. — Que vous a-t-on fait ?

R. — Je ne le dis pas..... Vous devez le savoir..... On ne vous le dit pas ?..... On se moque de moi..... de toutes les façons..... tout le monde le sait..... Je ne dois pas le dire. (Répond lentement, en souriant.)

4 juin : Cette nuit, la malade a crié, a eu peur, disant qu'on voulait la faire mourir. Tout hier, a été déprimée, inerte, ne voulant pas travailler, facies triste ; s'est mis son mouchoir en ceinture.

8 juin : *Q.* — Voulez-vous écrire à votre mari ?

R. — Mais puisqu'il est là..... (La malade est désorientée, étonnée, fait des réponses bizarres.).

29 juin : La malade a été agitée toute la nuit, n'a pas gardé le lit. Rires sans motif. Va de son lit aux cabinets toute la nuit, se trempe dans l'eau.

Q. — Vous fait-on des misères ?

R. — Du tout..... On m'a mis de l'eau, et puis après on m'a battue..... elles sont jalouses de moi.

Q. — Pourquoi ?

R. — Je ne sais pas..... Elles se moquent de moi.

Q. — Par des paroles ou par des gestes ?

R. — Elles en font assez de gestes, et puis elles m'appellent tambour-major.

Q. — Ce n'est pas une injure ?

R. — C'est un chaffre (?).

5 juillet : Demande avec insistance une bague, une jolie bague.

Q. — Préférez-vous une bague ou la visite de votre mari et de votre enfant ?

R. — La bague et mon enfant.... (Hésite, ne veut pas abandonner la bague, même si on lui dit que le prix servirait à son mari et son enfant.)

20 juillet : Malade calme, travaille, demande à partir.

10 août : Le mieux persiste.

25 août : Toujours très calme, la physionomie est ouverte, demande à sortir.

Certificat de guérison (28 août 1912). — Est actuellement guérie de l'accès de manie qui avait motivé son internement. A mettre en liberté.

Mme L..., guérie, quitte l'Asile, elle reprend facilement la vie familiale, tout en conservant avec les siens un caractère difficile, elle vaque normalement aux soins du ménage, s'occupant de son enfant qu'elle élève elle-même fort bien. Cette période lucide, pendant laquelle la malade était tantôt exubérante, désordonnée, querelleuse, tantôt plus calme, sans que cependant ces changements d'humeur aient un caractère nettement pathologique, persista durant treize ans, jusqu'en 1925, où survint le second accès maniaco-dépressif. A signaler que, pendant cet intervalle, la malade eut une seconde grossesse qui évolua normalement, sans aucun trouble mental. Elle accoucha spontanément d'une fillette, en 1914. Les suites de couches furent excellentes. Le second accès morbide débute, en octobre 1925, par de la tristesse, des hallucinations de l'ouïe, des crises anxieuses. La malade ne dort plus et s'alimente difficilement. Bientôt succède un accès maniaque.

Certificat d'entrée à Château-Picon (30 octobre 1925). — Mme L... est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique généralisée avec humeur querelleuse ou indifférente, bavardage abondant, propos décousus, désordre apparent de la pensée, émissions intempestives de croyances à la malveillance d'autrui, d'accusations de mauvais traitements par l'entourage.... Agitation psycho-motrice constante, avec périodes fréquentes de surexcitations, cris, hurlements, invectives bruyantes, discussions avec gestes de violence, corrections intempestives des enfants,

fugues hors du domicile. Etat général satisfaisant, alimentation régulière, tendance à l'insomnie, avec désordre bruyant des actes pendant la nuit. A déjà été traitée à l'âge de 19 ans à l'Asile de Château-Picon pendant sept mois environ pour des troubles maniaques. Depuis sa sortie avait des phases de surexcitation.

31 octobre 1923 : Rentre du bain, est calme. Répond aimablement aux questions relatives à son âge : 33 ans, son nom. Bien orientée dans l'espace, mais lenteur extrême des réponses.

Q. — Depuis combien de temps à l'hôpital?

R. —Croyez-vous que je m'en souviennne.....

Certificat de vingt-quatre heures (1^{er} novembre 1923). — Mme L... est réintégrée dans un état de trouble mental caractérisé par l'arrêt de l'idéation, la réduction momentanée du langage. Cet arrêt ne s'accompagne pas de stupeur ni même de tristesse. Le sourire apparaît aisément sur les lèvres. En insistant, on obtient quelques réponses exactes, qui témoignent de l'intégrité du fonds mental. Cette personne a déjà été traitée pour un accès de manie survenu quelques jours après un accouchement. La crise actuelle est fruste. Le pronostic demeure cependant favorable. A maintenir.

10 novembre. — La malade est agitée, se lève, chante le jour et la nuit. Souriante, elle vient sans difficulté dans le cabinet médical, parle spontanément : « A Bordeaux..... ici..... mais pas par tout..... », joviale, ironique.

Q. — Depuis quand êtes-vous ici?

R. — Depuis trois ou quatre mois..... mais je le sais..... oui, Monsieur, c'était un jeudi ou un vendredi..... mais je veux m'en aller. (Physionomie éveillée.)

Q. — Quelle date?

R. — C'est aujourd'hui le 10. (Exact)..... On m'avait promis le 11 que j'allais m'en aller.

Q. — Qui vous a promis cela?

R. — Un..... Monsieur....., à l'Hôpital.

Q. — Qu'est-ce que le 11 novembre?

R. — (hésite et sourit.) mais c'est le jour de l'Armistice.....

Q. — Savez-vous mon nom?

R. — Si je le sais..... je ne veux pas vous le dire.

Q. — Pourquoi?

R. — Parce qu'on m'entendrait.

Q. — Qui vous entendrait?

R. — Ceux qui sont à côté.

L'état physique est satisfaisant. L'examen somatique ne montre rien d'anormal à signaler.

Certificat de quinzaine. — (14 octobre) est atteinte de psychose périodique; assez calme les premiers jours, la malade vient de traverser une période de surexcitation assez vive, avec désordre prononcé des actes. Le fonds intellectuel, congénitalement pauvre, n'est pas dissocié. Le pronostic de cet accès est assez favorable. A maintenir.

Les deux derniers mois de l'année se passent sans modifications très particulières.

20 novembre 1925 : Malade surexcitée, incohérente dans ses propos, désordonnée dans ses actes.

18 décembre : L'agitation psycho-motrice persiste aussi intense. On donne à la malade des bains prolongés. L'état physique se maintient satisfaisant.

6 janvier 1926 : L'agitation est entrecoupée de périodes de tristesse, qui parfois surviennent une ou deux fois dans la journée.

14 février : Pas de changement.

La situation reste inchangée pendant les six premiers mois de l'année 1926. A partir du mois d'août, une amélioration progressive se produit. La malade n'a plus cette agitation désordonnée, cette logorrhée incessante entrecoupée de cris et de chants. Il persiste cependant des manifestations maniaques avec accès dépressifs, mais le tout tend à perdre de l'acuité. La malade répond aux questions avec bienveillance, se montre moins vivement et moins souvent querelleuse.

19 novembre 1926 : Le mieux persiste.

23 décembre : Depuis le 12 décembre de ce mois s'est déclarée une fièvre continue qui, après être montée progressivement à 39 en une dizaine de jours, se maintient en plateau entre 39 et 40 degrés.

L'état mental de la malade est à nouveau moins bon. Elle est plus troublée, aussi les soins sont-ils malaisés à donner.

3 janvier 1927 : Le séro-diagnostic positif pour T confirme le diagnostic clinique porté. La malade résiste bien à cette pyrexie. Elle est toujours difficile à soigner. Il existe un léger état confusionnel avec des hallucinations de la vue.

11 janvier : Mme L... est toujours malade. La fièvre diminue en lysis, mais une complication est survenue sous forme de phlébite de la jambe droite. Il est difficile d'obtenir l'immobilisation commandée par le traitement, car l'esprit demeure fort troublé.

17 janvier : La défervescence est complète. Rien de nouveau au niveau de la jambe. L'œdème persiste.

28 janvier : L'œdème régresse au niveau du membre atteint. La malade n'est presque plus confuse. On a repris l'alimentation normale. L'état mental s'est notablement amélioré, la physionomie est plus ouverte, souriante, la compréhension est beaucoup plus vive, les réponses sont faciles.

5 février : Mme L... va beaucoup mieux, non seulement au point de vue physique, mais au point de vue mental. La jambe, qui a été atteinte de phlébite à la fin de la typhoïde, est encore lourde.

Certificat de sortie (19 février 1927). — est actuellement guérie de l'accès de manie qui a motivé son internement. A mettre en liberté.

Ce second intervalle lucide va durer jusqu'en octobre 1929, pendant deux ans et demi. La reprise de la vie familiale est parfaite. La malade, veuve de guerre, vit avec ses enfants chez ses parents. Les premiers signes morbides, prodromiques de la troisième crise, apparurent le 10^e octobre 1929. Ils furent caractérisés par de l'insomnie, de l'agitation diurne, des scènes scandaleuses dans le pays, irritabilité vive du caractère, brouilles avec les voisins.

Certificat d'entrée à Château-Picon (29 octobre 1929). — est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique généralisée avec humeur querelleuse ou joviale, bavardage abondant et diffus, désordre de la pensée, sentiment vague de méfiance, croyance à la malveillance d'autrui, accusations multiples et absurdes portées contre l'entourage, récriminations injustifiées, agi-

tation psycho-motrice constante : paroxysmes surtout nocturnes, cris, appels, invectives, réactions violentes. Bon état général. A déjà été internée pour des troubles semblables à l'Asile de Château-Picon à l'âge de 19 ans et à l'âge de 33 ans. Ces troubles mentaux sont de nature à compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes.

29 octobre : Malade bavarde, arrivant en mangeant un morceau de pain avec appétit. Euphorique, joviale, familière. Excitation généralisée se traduisant par l'accélération du cours des idées et du langage. Quelques vagues idées de persécution rétrospective. Quelques idées de grandeur : dit avoir une fille splendide, très intelligente.

30 octobre : Logorrhée : « Je veux les soins voulus..... Arthur, connaissez-vous Arthur? C'est mon cousin..... ces infirmières veulent être des maîtresses..... avant de partir, j'avais des économies..... élever des enfants toute seule..... »

Q. — Est-ce la première fois que vous venez ici?

A longtemps affirmé que c'était la première fois; convaincue par les observations antérieures de réticence volontaire, elle explique dans ses propos prolixes, où se révèle une réelle fuite des idées, qu'elle ne fait qu'obéir aux conseils de son fils : « Il m'a écrit qu'il fallait éviter de parler. » Distractions dans l'interrogatoire..... Hallucinations certaines de l'ouïe, son père lui parle du sol, du plancher, il lui parle en patois, et la malade, sur la demande de l'interne, consent à écouter, mais les paroles entendues sont incohérentes, et de nouvelles idées ne permettent pas à la malade de préciser ses hallucinations. On demande à la malade d'écrire : « Je donne 800 francs au médecin », elle écrit : « Je donne 800 francs pour moi. » Au point de vue de l'humeur, il n'y a qu'une euphorie légère transitoire. La malade devient par instants agressive, et dans ses propos on retrouve assez souvent un vague système de défense.

Certificat de vingt-quatre heures (30 octobre 1929). — est atteinte de psychose périodique; l'accès actuel est le troisième de ceux qui ont motivé l'internement. Les symptômes sont les mêmes que ceux qui furent observés il y a dix-huit ans, dans une crise sur-

venue après un accouchement. Le pronostic de cet accès est favorable.

9 novembre : L'agitation motrice est peu marquée. Par contre, l'excitation psychique est assez vive. Chants, cris, colères passagères. La malade remarque tout ce qui se passe dans la salle, dit son mot, invective, raille et critique, tient parfois des propos obscènes.

12 novembre : La malade parle moins, mais s'agite, veut se lever, on doit lui mettre la camisole.

Certificat de quinzaine (12 novembre 1929). — est atteinte de psychose périodique. L'accès actuel est d'ordre maniaque. Le désordre des actes est assez vif, plus vif que celui des idées. On ne remarque aucun signe de dissociation mentale et le pronostic est favorable. A maintenir.

Résumons l'observation de L... depuis cette époque (novembre 1929 jusqu'en 1933). L'accès maniaque que signale le certificat de quinzaine dura jusqu'en mars 1930. Il persista une teinte hypomaniaque avec mélange de débilité et d'affaiblissement intellectuel, qui prit le type de dissociation mentale.

L... n'eut jamais plus d'accès de grande excitation, elle se montrait espiègle, goguenarde, faisant rire les malades, riant elle-même de ce qu'elle faisait, avec parfois une mimique un peu inadéquate. On ne pouvait l'employer à aucun travail utile, car elle ne pouvait s'appliquer à rien bien longtemps. Au passage du médecin, elle s'accrochait sans raison à son bras, puérile, euphorique, béate, niaise. Elle paraissait le plus souvent indifférente vis-à-vis de sa famille. Un automatisme idéo-verbal subsiste. Pas de signes physiques ni catatoniques à signaler.

Elle répond aux questions d'un air un peu étonné, d'une voix fluette, niaise. Depuis trois ans, la voici dans cet état. L'état physique est excellent, très robuste, L... s'alimente très bien.

15 avril 1933 : Q. — Que demandez-vous ?

R. — Ma sortie....

Chaque fois qu'on renouvellera cette question on obtiendra la même réponse, mais l'indifférence avec laquelle elle réclame sa sortie est absolument remarquable.

Du reste, L... n'a-t-elle pas lassé ses parents, qui venaient la

voir jusqu'à ces temps derniers, par son indifférence, sa perte absolue d'affection. Elle, autrefois affectueuse pour les siens, tendre avec ses enfants, ne manifestait plus aucune émotion, pas la moindre joie quand elle les voyait arriver. Elle leur tournait le dos ou ne leur parlait pas. Récemment même, elle les a presque renvoyés, leur demandant ce qu'ils venaient faire, leur disant qu'elle ne les connaissait pas.

26 avril : *Q.* — Comment allez-vous?

R. — J'attendais des messieurs..... ils ne sont pas venus..... je les ai entendus..... C'était les voix peut-être.....

Q. — Qu'avez-vous compris?

R. — Ils disaient, ils gagnent, ils perdent..... ils viennent et je ne sais pas où ils restent..... c'est Marquet qui fait ça.....

Q. — Pourquoi fait-il cela?

R. — Je le sais moi..... (Parle en changeant de ton, maniérée.)

Q. — Pour vous ennuyer?

R. — Pour me tenir..... moi, je voudrais aller chez moi (ton indifférent)..... J'ai une maison, moi..... il me faudrait mes affaires..... être partie..... la Lande..... (Verbigération incohérente ou propos puérils, niais, entrecoupés de néologisme, le tout prononcé sur le même ton, monotone, sans aucune mimique adéquate, immobilité des traits du visage, souvent du corps.)

L... reste des journées entières ou enfouies sous ses couvertures, négativiste, ou assise sur son lit, légèrement penchée en avant, les mains croisées, silencieuse.

Q. — Voulez-vous vous lever?

R. — Oui..... Je m'amuserai avec les autres.....

Q. — Comment vous amuser?

R. — Il ne faut pas être toujours à contrarier..... une contrarie l'autre..... et l'autre..... (Incohérente.) Je ne comprends pas ce que vous faites.

Q. — Sommeil?

R. — Ça dépend.

Q. — Cauchemars?

R. — Ceux qui me suivent, M... et des vauriens..... quand ils s'en viennent tout ça.....

Q. — Vous les voyez?

R. — Si je les vois!.... Ils me suivent.... après je ne sais pas comment ils tiennent ma mère.... elle n'est pas venue me voir. (A remarquer qu'assez souvent L... réclame d'aller chez elle, de voir les siens, ce qui est en opposition avec son attitude quand ces derniers sont là.).... je les ai entendus.... ils m'ont gardé jusqu'à présent....

Q. — Qu'est-ce qu'ils vous font?

R. — Des fois, il fait jour, d'autres fois.... pourquoi j'en vois.... j'avertis, alors ils s'en vont.... je regarde une autre femme, alors ils m'entendent.

Q. — Mauvais goût dans les aliments?

R. — L'électricité.... quand je serai chez moi, je serai bien.... je suis sur le chemin.... le paradis.... le ciel.... si je pars pas, je suis pas arrivée.... nous faisons que faire des idées....

Mai : Q. — Votre mari?

R. — Mort au champ d'honneur.... le 15.... j'ai des souvenirs.... à l'Eglise.... au monument.... Vous croyez que je n'en ai pas des souvenirs. (On n'a pu éveiller aucun mouvement émotif chez la malade.)

On ne trouve pas d'idées délirantes systématisées ou non.

Q. — On vous prend votre pensée?

R. — Souvent.... Ceux qui me parlent.

Q. — Comment le savez-vous?

R. — J'examine et je regarde....

On doit parfois forcer L... à manger. L'état physique est parfait. On a remis à la malade une feuille de papier et un crayon pour qu'elle écrive tout ce qu'elle réclame; on trouve sur cet écrit des phrases incohérentes, des mots les uns à la suite des autres, des portions de mots, des lettres dans tous les sens, du griffonnage, sans que l'on puisse trouver l'idée directrice, ni trouver un sens ni reconnaître quoi que ce soit.

Juin : Etat stationnaire. Rien de nouveau à signaler.

Q. — En quelle année sommes-nous?

R. — Je le sais.... oh! si.... en 33.

Q. — Depuis quand ici?

R. — Un an. (Faux.)

Q. — Quel âge avez-vous?

R. — J'ai assez..... moi?..... 20 ans. (Rire explosif.)..... je les ai vus.

Q. — Née en?

R. — en 10..... quand on fait des feuilles comme ça c'est pour changer de maison.....

Q. — Née en?

R. — en 92..... (Semble surtout très réticente, négativiste)..... 1892.

Q. — En 14?

R. — La guerre..... (Ne répond pas de suite aux questions posées.)

Q. — Age?

R. — Ça fait 40 ans. (Bien orientée dans le temps, remarque ce qu'écrit l'interne, regarde.)

Q. — Que voyez-vous?

R. — De tout..... oui..... il faut qu'elles essaient de me faire voir pour que je n'aie pas peur à la maison..... si ça m'étonnait chez moi qu'est-ce que je ferai. (Une malade dit avoir mangé un gâteau, L... dit : « Pas moi »).

Q. — Voyez-vous des choses qui vous font peur?

R. — Je me fais une idée.....

Q. — Des morts?

R. — Oui..... ceux qu'on ressuscite.....

Q. — Ils vous parlent?

R. — Quelquefois..... j'ai su tout ça..... (Toujours le même ton calme. Son fonds intellectuel n'est pas déchu.)

Q. — Votre fille est morte brusquement hier soir.

R. — Ah! oui..... (Indifférence totale.)

En résumé, il s'agit d'une femme qui fit, à 19 ans, quelques jours après un accouchement, un premier accès maniaque aigu à peu près franc. Après cinq mois et demi, la malade sort guérie de Picon; cependant, durant cet intervalle lucide, qui dura treize ans, elle garde une caractère difficile, mais s'occupe bien de son ménage. Une seconde grossesse évolua, entre temps, normalement, sans provoquer

aucun trouble psychique. Nouvel internement pour un second accès maniaque à Picon pendant quinze mois. Son début est plus fruste, mais sa durée plus longue que le premier. Second intervalle lucide de trente et un mois seulement, suivi d'un nouvel accès maniaco-dépressif. Des hallucinations beaucoup plus marquées apparaissent, mais bientôt L...; tout en restant hypomane, dissocie peu à peu son fonds mental. Elle présente alors de la paramimie, de la perte des sentiments affectifs, des impulsions, une dissociation nette de ses facultés intellectuelles.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Nous nous rendons parfaitement compte que pour traiter un sujet aussi vaste que celui que nous avons abordé, nous ne rapportons ici que bien peu d'observations. Nous n'avons donc pas la prétention d'indiquer la solution si difficile du problème de la psychiatrie, problème qui a suscité de si nombreux travaux qui, malheureusement, n'ont encore rien trouvé de probant. Notre ambition est bien plus modeste et nous serons satisfait si les quelques observations de notre thèse et les interprétations auxquelles elles donnent lieu peuvent jeter un peu de lumière sur cette question diagnostique si délicate.

Pourquoi n'avons-nous résumé dans notre travail que ces cinq observations? Certes, si nous avions voulu prendre dans le service de M. le Docteur Ducos toutes les observations de malades qui, au début de leur internement, ont été déclarées atteintes de manie, de mélancolie, de folie à double forme, et qui, par la suite, sont devenues démentes précoces, le nombre de nos observations aurait été beaucoup plus considérable; mais nous avons voulu serrer le problème de plus près et ne prendre que l'histoire des malades qui ont eu des accès soit maniaques, soit mélancoliques, soit à double forme, qui ont eu plusieurs accès, qui sont sorties de l'asile, une ou plusieurs fois guéries ou ayant les apparences cliniques de la guérison. En effet, dans l'évolution de la folie maniaco-dépressive, un de ses caractères essentiels est la facilité de la rechute; c'est, par excellence, la folie intermittente. Mais, dira-t-on, dans la démence précoce, il y a des rémissions, des

apparences de guérison; dès lors, la notion d'intermittence, pas plus que d'autres signes, ne peut servir à la différencier de la démence précoce. Nous en convenons parfaitement; cependant, ne faut-il pas avouer que les rémissions dans la démence précoce sont plutôt rares, qu'elles sont souvent imparfaites, et qu'il est souvent quasi impossible aux déments précoces en rémission de penser à gagner leur vie. Or, nos malades sont toutes des personnes sans grandes ressources, certaines ont été obligées de se placer comme domestiques et ont pu, pendant un assez long temps, satisfaire leurs maîtres. N'est-ce point là un critérium de grande valeur?

Il est vrai que dans nos observations l'on trouvera que pour certaines l'intervalle lucide n'était pas parfait, qu'il persistait certains troubles mentaux; mais de quelle nature étaient ces reliquats? Étaient-ce des reliquats de démence précoce? Étaient-ce des symptômes atténués de folie maniaque dépressive; car, d'après beaucoup d'auteurs, d'après Kraepelin lui-même, la folie maniaco-dépressive est une maladie continue; les guérisons ne sont pas parfaites, et il reste toujours, si l'on veut bien examiner les maniaco-dépressifs dans leur bonne période, quelques symptômes anormaux. On voit combien l'appréciation et la qualité des intervalles lucides est difficile, il faudrait presque que ces malades soient suivis au jour le jour par un psychiatre averti, et encore s'ils l'étaient par plusieurs, il n'y aurait probablement pas d'accord. A plus forte raison, quand nous n'avons que les renseignements fournis par les familles, l'on sait combien vagues, combien erronés, souvent contradictoires, sont ces renseignements.

Ces considérations générales posées, examinons de très près nos observations et essayons, dans la limite du possible, d'arriver à des conclusions précises. Nous avouons qu'elles sont un peu incomplètes, que les renseignements que nous y avons trouvés ne sont pas assez fournis, pas assez explicites souvent. Mais pour ces malades qui restent internées pendant des années, peut-on demander que leur observation soit tenue d'une façon absolument régulière? Ces malades, certes,

ont été suivies par les médecins qui les ont traitées, mais les différents changements que l'on a dû constater dans leur état n'ont pas toujours été notés. Tenir un compte rendu exact de l'évolution d'une malade mentale d'une durée si longue, n'est-ce pas demander l'impossible?

Tout d'abord, ces cinq malades peuvent-elles être considérées comme des démentes précoces? Sinon, quel était le diagnostic à porter?

1° En ce qui concerne M..., femme C..., à cause de l'âge (66 ans), l'hypothèse de démence sénile est à envisager. Nous rencontrons chez elle de l'affaiblissement de la mémoire comme chez les séniles, mais aucun autre signe de sénilité soit psychique, soit physique. Cet affaiblissement de la mémoire porte surtout sur diverses dates dont la malade devrait se souvenir (la date de sa naissance, de son entrée à l'Asile, etc., etc.) et paraît même en partie due à son indifférence; "depuis combien de temps n'a-t-elle pas essayé de se les remémorer? Elle reste habituellement confinée dans son lit, ne s'intéressant à rien; c'est ainsi que non seulement elle ne se rappelle point le nom des Sœurs des divers quartiers où elle a passé, mais elle n'a jamais demandé le nom de la Sœur du quartier où elle se trouve actuellement depuis plusieurs mois; elle se lève simplement pour aller aux cabinets et se recouche immédiatement; elle ne demande jamais rien, pas même la sortie, et cependant elle n'est pas complètement dément, comme l'on peut s'en rendre compte dans son observation; elle émet parfois des pensées judicieuses, elle a une demi-conscience qu'elle est malade, qu'une force particulière l'a poussée à prononcer des mots orduriers, qu'à certains moments, si elle refuse la nourriture, c'est qu'elle ne peut faire autrement. Ce n'est point une mélancolique chronique, car elle rit et a parfois des réponses malicieuses. Est-elle hallucinée?... En tout cas, elle prend pour elle certaines insultes qui sont proférées par les autres malades. Au point de vue physique, depuis longtemps déjà C... présente des lésions tuberculeuses au niveau du cou, elle n'a aucun signe physique

de sénilité, et si elle marche avec difficulté, c'est qu'elle ne paraît pas avoir de grandes forces à sa disposition. Cette faiblesse générale doit être mise en grande partie sur le compte de sa longue immobilité, de son long alitement. Nous ne voyons guère que le diagnostic de dissociation mentale, de démence précoce, qui puisse convenir à cette malade.

Autrefois, on aurait parlé à son sujet de démence vésanique mais est-ce que la plupart de ces malades n'ont pas été rangées parmi les déments précoces. Peut-être, existe-t-il actuellement un appoint de sénilité psychique se traduisant par des troubles de la mémoire, mais, en tout cas, les gros symptômes relèvent bien d'une dissociation des facultés intellectuelles. Ajoutons que de temps en temps C... a des poussées anxieuses très vives avec négativisme et sitiophobie.

2° B..., femme D..., est, depuis le 3 octobre 1930, à l'Asile. Elle présente actuellement tous les signes d'une démente. Elle est fort agitée; pendant, d'ailleurs, tout son dernier internement, l'agitation a été continue. Ce qui caractérise cette malade, en plus de son agitation, c'est une extrême incohérence : que son langage soit spontané, qu'il s'agisse de ses réponses, le plus souvent on ne constate qu'une vraie salade de mots. D... a été hallucinée et a eu des idées de persécution; parfois, l'on surprend des paroles qui font penser qu'elle est encore persécutée et hallucinée, mais combien ces idées délirantes et ces troubles hallucinatoires sont vagues, inconsistants. La démence est profonde et l'on ne peut véritablement point obtenir aucun renseignement exact de la part de cette malade. Nous avons noté des tremblements au niveau de la face, de la langue et des mains et pensé un moment à la paralysie générale, mais nous avons repoussé ce diagnostic. De quelle autre variété de démence s'agit-il ?

Dans l'histoire de D..., on retrouve bien l'histoire d'une poliomyélite à l'âge de 20 ans, mais il est difficile de comprendre que cette infection ait été la cause directe et unique de l'état actuel de la malade. Il nous faut donc penser à un

processus de désintégration psychique qui doit être rangé dans la démence précoce.

3° D... (Anne-Marie) a été internée pour la troisième fois, en 1924, à Rennes, puis, transférée à Bordeaux en 1927, elle n'a plus quitté l'établissement de Château-Picon. Il n'y a qu'à se rapporter à nos observations pour voir immédiatement qu'il s'agit actuellement d'une démente précoce. L'indifférence est complète; depuis plus d'un an, elle doit être alitée à cause de ses réactions. La malade est tantôt excitée, tantôt déprimée, a de très nombreuses impulsions; elle est totalement discordante, émet des phrases tristes en éclatant de rire; l'élément paranoïde est constitué par les idées délirantes complètement décousues; par contre, les symptômes catatoniques sont peu accusés. De par les hallucinations de l'ouïe et de la vue, notées lors de son premier internement, le diagnostic d'alcoolisme aurait pu être discuté; mais d'après les renseignements recueillis sur ses intervalles lucides, qu'elle a passés au service d'un médecin de Château-Picon, nous pouvons affirmer que l'alcoolisme n'a été pour rien dans les motifs qui ont nécessité les deux autres internements. Il est donc inutile de discuter plus longuement le diagnostic de démence précoce qui s'impose.

4° B..., au moment de sa mort, le 12 décembre 1932, présentait-elle les signes de démence précoce? Déjà, lors de son deuxième internement, à l'Asile de Saint-Méen, à Rennes, on trouve dans le certificat de vingt-quatre heures les mots « possibilité de démence précoce ». En avril 1931, elle est transférée à Château-Picon, et, dans le certificat de vingt-quatre heures, le diagnostic de démence précoce est nettement établi. Dans celui de quinzaine, bien que l'on ait eu des renseignements indiquant un intervalle lucide net, nous trouvons l'énumération des signes appartenant à la démence précoce et cette phrase : « cependant l'accès actuel ne paraît guère symptomatique de folie intermittente. » Par la suite, le diagnostic de dissociation des facultés intellectuelles n'a fait que s'affirmer. La malade était le plus souvent agitée, désordonnée

et malpropre dans ses réactions, indifférente à tout, émettant des phrases sans queue ni tête, soliloquant continuellement, en proie à un automatisme mental qui régnait sur son psychisme. Quelques mois auparavant s'était déclarée une tuberculose pulmonaire qui a évolué rapidement et qui a été la cause de la mort de B...

5° L... (Marguerite) est actuellement internée à l'Asile, bien portante physiquement, mais totalement démente. Elle est complètement indifférente à son sort, n'ayant plus aucun sentiment familial, elle ne réclame jamais sa sortie, la discordance est profonde; cette malade, qui est impulsive, qui frappe d'autres malades, accomplit ces actes sans colère, rit même dans l'accomplissement de ces actes, et quand on lui en demande l'explication, ne peut en donner aucune. Elle ne présente pas de signes catatoniques, sauf quelques stéréotypies de langage qui révèlent plutôt sa pauvreté intellectuelle; elle se pend au bras du médecin en prononçant des paroles incohérentes et en riant niaisement; elle fait des niches absurdes aux autres malades. Elle est presque continuellement subagitée, parfois cette subagitation s'accroît et exige l'alitement. Quant à l'élément paranoïde, du fait de la désintégration du fonds psychique, il est à peu près inexistant; elle émet quelques idées délirantes vagues dont elle ne se souvient plus quelques instants après. Est-elle encore hallucinée? Il est impossible de le savoir... Comment qualifier l'état mental de L...? Il y a évidemment dans l'éclosion du premier accès de L... une cause qu'il faut relever : celle d'un accouchement pénible; mais, si nous nous rapportons aux certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine rédigés au moment de ce premier accès, nous voyons que le diagnostic de manie a été posé, que la puerpéralité n'est intervenue que pour faire éclore un accès de folie périodique, et le psychiatre, auteur de ces certificats, ajoute : cette crise se terminera par la guérison, mais les rechutes seront à craindre. D'ailleurs, la preuve que la puerpéralité ne doit être considérée que comme une cause occasionnelle

du premier accès, c'est que, dans le long intervalle lucide qu'elle a présenté, elle a accouché d'une fillette sans que ce nouvel accouchement ait amené une rechute. Quant aux deux autres rechutes, elles sont survenues sans causes appréciables, comme cela arrive souvent dans la folie maniaque dépressive. Le diagnostic de démence puerpérale doit donc être écarté.

Ainsi donc, nous croyons l'avoir suffisamment démontré dans les discussions des observations précédentes, nous pensons être en droit d'affirmer qu'il s'agit de malades qui doivent être rangées dans le vaste cadre de la démence précoce. Voyons maintenant si, à un moment donné de l'évolution des troubles mentaux dont elles ont été atteintes, nous pouvons justifier, pour chacune d'elles, le diagnostic de maniaco-dépressive.

1° M..., femme C... Dans son hérédité, nous relevons que l'un de ses frères a été interné à l'Asile de Cadillac. Elle aurait présenté, plusieurs années avant, des signes assez vagues, soit d'agitation, soit d'excitation, et même quelques idées délirantes de persécution. Le certificat d'admission indique un état maniaco-dépressif, avec idées mélancoliques et tentatives de suicide, et, au point de vue physique, de l'amaigrissement, des tremblements et une tendance aux lipothymies. Le certificat de vingt-quatre heures note, en outre, des faits d'automatisme mental et conclut à une irritation cérébrale survenue à l'occasion de l'involution présénile, avec cependant un pronostic favorable. Le certificat de quinzaine est plus net, conclut à de la mélancolie tardive avec idées d'indignité; le pronostic est assez favorable. Dans le courant de l'observation, en plus des phénomènes nettement mélancoliques, on trouve, signalées, des stéréotypies de langage (peut-être hallucinations psycho-motrices) et d'attitudes. Enfin, le 29 avril 1924, après environ deux ans d'internement, la malade quitte Picon avec le certificat de sortie suivant : « Elle est calme, n'a plus de raptus anxieux, dit des choses raisonnables, mais il

persiste quelques séquelles mentales qui permettent de dire qu'elle n'est pas complètement guérie. Depuis janvier 1923, s'est déclarée une tuberculose ganglionnaire. »

M..., femme C..., est restée chez elle, dans sa famille, pendant cinq ans. D'après son mari, elle aurait été bien portante et se serait occupée correctement de son ménage. Il y a les plus grandes chances pour qu'il en ait été ainsi, parce que nous savons que le mari s'adonnait souvent à la boisson, qu'il était brutal, que la malade avait besoin, par son travail, de subvenir en partie aux dépenses du ménage. C'est en mars 1929 que commence une période de tristesse avec idées mélancoliques et faits d'automatisme mental rappelant ceux que la malade avait présentés au moment de son premier internement. Le certificat d'admission note simplement des symptômes de mélancolie anxieuse, et le séjour à Château-Picon, cinq ans auparavant, pour un accès de mélancolie. Le certificat de vingt-quatre heures, du 28 mars 1929, indique aussi des symptômes mélancoliques et ajoute : « Cet accès de mélancolie tardive succède, après un intervalle de sept ans environ, à un autre qui fut marqué non seulement par des troubles mentaux, mais, en outre, par des manifestations d'automatisme musculaire. » Le certificat de quinzaine n'ajoute rien, mais se termine par cette phrase : « l'accès suit son cours, il se terminera, sauf complications imprévues, par le retour à la lucidité ».

A quel moment le diagnostic de mélancolie aurait-il dû être révisé ? A quel moment aurait-on pu dire que la malade était devenue démente précoce ? Nous sommes obligé d'avouer que les renseignements consignés dans l'observation ne nous permettent pas de le dire.

En résumé :

- a) Le diagnostic de mélancolie tardive a été porté deux fois;
- b) Un long intervalle lucide vient encore à l'appui de ce diagnostic.

Mais il faut ajouter :

- a) que cet accès est survenu chez une malade à hérédité chargée;
- b) que le début a été marqué pendant plusieurs années par des troubles mentaux assez difficiles à catégoriser;
- c) que des faits d'automatisme mental ont été signalés dans le cours des deux accès;
- d) qu'une tuberculose ganglionnaire s'est déclarée un an environ après le premier internement.

On pourrait nous objecter que cette malade n'est pas une maniaco-dépressive, mais bien une mélancolique tardive. Kraepelin a refusé d'abord d'englober la mélancolie présénile dans la folie maniaco-dépressive, mais cet auteur visait surtout le cas de mélancolie où les signes de présénilité étaient manifestes; or, ici, il n'y avait point de ces signes, et même, actuellement, la qualité de la démence, comme nous l'avons démontré, n'est pas celle de la démence sénile. D'ailleurs, le professeur de Munich a, par la suite, changé d'opinion. Nous sommes donc, semble-t-il, en droit de dire que M..., femme C..., a été pendant longtemps une maniaco-dépressive, tardive si l'on veut, qui a versé dans la démence précoce, avec, actuellement, un appoint sénile dû à l'âge et qui, peut-être aussi, a été avancé par les troubles mentaux antérieurs dont elle était atteinte. On pourra peut-être qualifier de subtil notre diagnostic, il exprime cependant notre opinion sur le cas de cette malade.

2° B..., femme D... Dans l'histoire de cette malade, nous relevons que, à 19 ans, étant enceinte, elle a un épisode fébrile avec paralysie du membre supérieur gauche, qu'au septième mois de sa grossesse, elle a dix-neuf crises d'éclampsie, qu'elle accouche d'un enfant mort, et qu'à cette époque elle a présenté de la confusion, puisqu'après son accouchement elle ignorait qu'elle avait accouché. Les troubles mentaux auraient débuté plusieurs mois avant son internement; elle est agitée, inquiète, on lui met de la glace sur

la tête, puis B... devient mélancolique, peut-être hallucinée de l'ouïe. Le certificat d'admission note simplement des signes de mélancolie anxieuse, et met sur le compte d'une poliomyélite antérieure l'atrophie du membre supérieur gauche. Mêmes constatations dans le certificat de vingt-quatre heures, qui se termine ainsi : « Cette association de psycho-névrose et de maladie organique des centres nerveux n'est pas d'association courante. » Une ponction lombaire donne : pas d'albuminose, mais une lymphocytose assez forte : 40 éléments par champ. Le certificat de quinzaine rappelle le résultat de la ponction lombaire, mais maintient le diagnostic de mélancolie. Assez rapidement surviennent les hallucinations de la vue et peut-être de l'ouïe et de la cœnesthésie; à un moment donné (5 avril 1927) s'était installé du gâtisme qui a assez rapidement disparu. Le 9 mars 1929, après trois ans d'internement, dans le certificat de guérison on lit : « ... La guérison porte sur les troubles de l'esprit, car ce qui ne peut rétrocéder, c'est l'atrophie et la parésie du membre supérieur gauche, reliquats de poliomyélite. »

B..., femme D..., quitte l'Asile le 14 mars 1929 et y revient le 3 octobre 1930. Elle est restée dix-huit mois chez elle. Les renseignements fournis par le mari indiquent que sa femme n'a jamais été tout à fait normale, elle travaillait bien, mais avait des périodes de dépression; elle aurait même été hallucinée presque tout le temps de son séjour dans sa famille.

Réinternée le 3 octobre 1930, elle est qualifiée, dans le certificat d'admission, d'agitée, de paranoïenne et d'hallucinée de l'ouïe. Dans le certificat de vingt-quatre heures et de quinzaine, on trouve le diagnostic de folie intermittente avec mention d'affaiblissement de la mémoire, des hallucinations de l'ouïe, de légers achoppements syllabiques et de diminution des réflexes rotuliens.

En résumé :

- a) Poliomyélite antérieure, crises d'éclampsie, accouchement prématuré, troubles mentaux à 19 ans;

- b) L'accès n'a pas débuté franchement, des prodromes sont survenus plusieurs mois auparavant;
- c) Les diagnostics de mélancolie et de guérison de l'accès mélancolique ont été portés;
- d) Le diagnostic de folie intermittente a été établi lors de son deuxième internement, le deuxième accès a été du type maniaque, mais on constate l'affaiblissement de la mémoire, des idées de persécution, des hallucinations;
- e) L'intervalle lucide paraît avoir été incomplet;
- f) Des signes physiques, tels que la parésie et l'atrophie du membre supérieur gauche, la lymphocytose, les tremblements, l'achoppement syllabique, la diminution de la réflectivité rotulienne, ont été mentionnés.

N'est-il pas rationnel d'admettre que cette malade a fait de la folie maniaco-dépressive, mais que, par suite de l'adul-tération ancienne du système nerveux par la poliomyélite, par suite des lésions inflammatoires encore existantes dans son névraxe, comme les consignent les résultats de la ponction lombaire et les symptômes plus haut cités, la folie maniaco-dépressive a vu son pronostic s'aggraver et s'orien-ter vers une terminaison analogue à celle de la démence précoce? Quand s'est opérée cette aggravation? Son premier accès a été long, près de trois ans; la malade a eu des hallu-cinations, a été gâteuse, et cependant a fini par s'améliorer, mais cette amélioration n'a pas été suivie de complète gué-rison, et déjà, lors de son deuxième internement, la dimi-nution de la mémoire, la discordance dans son excitation maniaque, les hallucinations, les idées délirantes de persé-cution, compliquaient le pronostic.

3° D... (Anne-Marie). Nous n'avons pas de renseignements au point de vue héréditaire et personnel jusqu'aux premiers troubles mentaux. De son premier accès, qui a duré de juillet 1915 à décembre de la même année, nous savons que D... s'est conduite comme une maniaco-dépressive, qu'elle a bien

guéri et que, comme domestique, elle a contenté ses maîtres pendant treize mois. Son deuxième accès dura plus de trois ans; elle se montre aussi maniaque-dépressive, mais est hallucinée de la vue et de l'ouïe. Elle est si bien guérie que son ancien maître, qui est le médecin qui l'a soignée chaque fois, la reprend à son service; elle rentre dans cette place pendant trois ans et quatre mois. De nouveau, elle est réinternée à l'Asile de Rennes le 22 février 1924. Depuis lors, elle n'a plus quitté l'Asile, elle a été transférée à Château-Picon le 29 novembre 1927. On note des alternatives d'excitation et de dépression, mais dans l'intervalle des accès la malade est considérée comme fantasque, réduite dans son activité, hermétique, incapable de vivre en liberté. Ces intervalles, même depuis environ deux ans, ont à peu près disparu, et D... présente actuellement le tableau clinique que nous avons décrit antérieurement.

En résumé :

- a) Pas de renseignements au point de vue héréditaire et sur l'histoire de la malade avant son internement;
- b) Deux accès maniaque-dépressifs dans le second; des hallucinations de l'ouïe et de la vue sont mentionnées;
- c) Deux intervalles lucides nets;
- d) Troisième accès revêtant d'abord un caractère maniaque-dépressif, puis présentant des signes de dissociation des facultés intellectuelles.

Il est, nous semble-t-il, difficile de refuser à D... l'étiquette de maniaque-dépressive. Deux accès ont été suivis de guérison. Sur les débuts du troisième accès, nous manquons de renseignements précis, bien que l'un des médecins-chefs de l'Asile de Rennes ait eu la complaisance de nous envoyer ceux qu'il a pu se procurer. A son arrivée à l'Asile de Château-Picon, trois ans après son dernier internement, il était probable que la dissociation mentale était un fait déjà accompli, bien que le médecin, influencé sans doute par la notion d'accès antérieurs s'étant terminés par la guérison, ait qualifié

la maladie de D... de folie intermittente. Il nous est donc impossible de dire quand et comment D..., de maniaco-dépressive est devenue démente précoce.

4° B... Sa mère est morte neurasthénique (suicide par noyade) et un oncle maternel a été interné à deux reprises. La malade aurait eu deux crises de neurasthénie... à 14 ans et à 16 ans. A 17 ans, elle entre, le 17 novembre 1927, à Château-Picon. Le certificat d'admission, en notant l'excitation maniaque, fait quelques réserves : rires inextinguibles, allures et attitudes volontairement bizarres. Le certificat de vingt-quatre heures conclut à l'existence d'un fonds intellectuel suffisant et non dissocié : « Il s'agit d'un syndrome maniaque dont on ne peut dire qu'il soit symptomatique de schizophrénie. » Le certificat de situation pour transfert à la date du 2 février mentionne que l'accès maniaque suit son cours. A partir d'août 1928, le retour à la normale se fait progressivement, et le médecin qui la soigne écrit au père de la malade que celle-ci peut parfaitement sortir le 26 janvier 1929. Enfin, trois jours après, ce psychiatre signe un certificat de guérison aux fins de sortie définitive. L'internement avait duré environ quatorze mois.

L'intervalle lucide a duré vingt-trois mois. B... s'est placée comme domestique et a gagné parfaitement sa vie. C'est tout ce que l'on a pu obtenir pour juger de la valeur de cet intervalle lucide. Le 21 décembre 1930, la malade a été internée de nouveau à l'Asile de Rennes, et le médecin qui rédige le certificat de vingt-quatre heures indique la possibilité d'une démence précoce. Transférée à Bordeaux, elle est, dans les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, considérée comme démente précoce. Quelques mois avant sa mort, une tuberculose pulmonaire à marche rapide se déclare, qui est la cause de sa fin.

En résumé :

- a) Hérité vésanique lourde;
- b) Prodromes difficiles à caractériser, de nature maniaco-dépressive ou dissociative;

- c) Accès maniaques avec quelques symptômes suspects, rires sans motifs, attitudes bizarres;
- d) Intervalle lucide, vingt-trois mois, pendant lesquels la malade gagne sa vie;
- e) Deuxième accès à forme maniaque, mais avec indifférence, discordance, rire sans motifs, bizarreries révélant la démence précoce;
- f) Tuberculose pulmonaire causant la mort de B... en quelques mois.

Il est certain que l'on pourrait ici discuter le diagnostic de folie maniaco-dépressive, soutenir qu'il s'agit d'une démence précoce ayant présenté diverses rémissions. Cependant, les troubles mentaux de B... remontent à l'âge de 14 ans. Elle a fait un premier accès d'une durée de quatorze mois, un intervalle lucide de vingt-trois mois; n'y a-t-il point des chances qu'au début de ces troubles mentaux, ceux-ci aient été d'ordre maniaco-dépressifs? Les quelques troubles surajoutés suspects sont-ils explicables autrement que par le diagnostic de démence précoce? Nous le pensons; mais pour éviter des redites nous tâcherons de les expliquer plus loin.

5° L... Pas d'antécédents héréditaires nets. Rien de particulier dans l'histoire de la malade jusqu'à son premier internement consécutif à son premier accouchement. Le certificat d'admission (23 janvier 1912) porte : « Vive agitation, avec idées délirantes de persécution. Le certificat de vingt-quatre heures conclut non à une psychose puerpérale pure, mais plutôt à un accès maniaque symptomatique de psychose périodique. » Le certificat de quinzaine est très net : « Il s'agit de manie, la puerpéralité n'est survenue que pour faire éclore un accès de folie périodique. Cette crise se terminera par la guérison, mais des rechutes sont à craindre. » Le 28 août, certificat de guérison. L'intervalle lucide dura treize ans, avec seulement quelques troubles de l'humeur. Un deuxième accouchement, en 1914, se passe fort bien. En octobre 1923, survient une rechute symptomatiquement maniaque, d'après les certificats d'admission. Le certificat de vingt-quatre heu-

res qualifie l'accès de fruste, mais le pronostic demeure favorable; celui de quinzaine mentionne que L... est atteinte de psychose périodique, avec toujours pronostic favorable. En décembre et janvier 1926, L... est atteinte de typhoïde avec phlébite. Le 19 février 1927, le certificat de sortie indique : « ...Est actuellement guérie de l'accès de manie qui a motivé l'internement. » Le second intervalle lucide va durer deux ans et demi; il aurait été parfait. En octobre 1929, nouvelle rechute. Le certificat d'admission constate des signes de manie. Celui de vingt-quatre heures affirme que L... est atteinte de psychose périodique, que ce troisième accès est analogue aux précédents et que le pronostic est favorable. Même affirmation dans le certificat de quinzaine qui note en outre : « On ne remarque aucun signe de dissociation mentale. » Peu à peu, elle devient discordante, indifférente, impulsive, hallucinée, puérile, niaise, et présente de l'automatisme idéo-verbal. Les renseignements manquent pour marquer la date de ces changements cliniques survenus progressivement.

En résumé :

- a) Pas d'antécédents héréditaires;
- b) Accès maniaque consécutif à un accouchement;
- c) Intervalle lucide de treize ans; un autre accouchement, deux ans après sa sortie, ne provoque aucun trouble mental;
- d) Accès maniaque; typhoïde et phlébite au cours de ce deuxième internement;
- e) Intervalle lucide de deux ans et demi;
- f) Accès maniaque; verse peu à peu dans la démence précoce.

A n'en pas douter, L... a présenté tous les signes de la folie maniaque dépressive. Le diagnostic a été porté même au moment de son troisième internement.

Nous ne voyons pas quel autre diagnostic serait seulement plausible. L'hypothèse de démence puerpérale ne se discute même pas. C'est progressivement que les symptômes de démence précoce sont survenus au cours du troisième accès.

*
* *

Par l'exposé de leurs observations, par les discussions auxquelles nous venons de nous livrer au sujet de chacune de ces malades, nous croyons avoir suffisamment démontré que celles-ci ont été au début de leurs troubles mentaux des maniaco-dépressives et qu'elles sont devenues des démentes précoces.

Qu'il nous soit permis de les considérer comme des démentes précoces à la manière de Kraepelin. Les conceptions dites schizophrénies de Bleuler et de Kretschmer ne sont pas encore tellement admises en France pour que nous jugions ici utile de les discuter; d'ailleurs, les considérations auxquelles il faudrait se livrer sur ce sujet dépasseraient et notre compétence et le cadre modeste de notre thèse. Nos malades sont-elles atteintes de schizophrénie, telle que cette affection est comprise par l'Ecole de Sainte-Anne ? Non. Il suffit, en effet, de rappeler que l'Ecole de Sainte-Anne fait de la schizophrénie une entité nouvelle, séparée de la démence précoce, pouvant parfois se terminer par des signes de démence précoce; mais pas nécessairement.

Certes, pas mal de psychiatres vont critiquer notre démonstration et vont dire : « Ces démentes précoces étaient au début de leurs troubles mentaux des démentes précoces; si l'on n'a pas fait ce diagnostic, c'est qu'on n'a pas su découvrir les signes de la démence précoce, mais certainement elles devaient présenter des signes de cette psychose. »

Pour étayer leurs critiques, ces psychiatres s'appuieront sur deux postulats. La folie maniaco-dépressive guérit toujours; la démence précoce, bien qu'ayant parfois des rémissions, est incurable. Si ces deux postulats étaient démentis, s'ils avaient la valeur de véritables axiomes psychiatriques, il est évident que leurs critiques seraient fondées; mais, d'après notre historique, nous savons que maints maniaco-

dépressifs ont versé dans la démence précoce, et que même Kraepelin admet la guérison de la démence précoce. Il ne faut donc pas se montrer ultra-Kraepelinien.

Ces mêmes psychiatres vont donc se trouver parfaitement à l'aise pour avouer que, dans quelques-unes de nos observations, la folie maniaco-dépressive n'était pas franche, et que l'on y trouvait relatés pas mal de symptômes suspects de démence précoce. N'avons-nous pas le droit de leur rétorquer que pas mal de ces symptômes ont été constatés chez des malades atteints de folie maniaco-dépressive et que ces malades ont guéri. Nous pourrions nous-même rapporter ici plusieurs observations de cette catégorie de malades. Citons simplement, pour ne pas allonger démesurément notre travail, en la résumant, l'observation suivante :

OBSERVATION VI.

C... (Henriette), née en 1893. 1^o *Admission*. — 8 juin 1924. Certificat de vingt-quatre heures : Présente actuellement un état mental caractérisé par de la désorientation dans le temps et dans l'espace, une difficulté dans l'évocation des souvenirs les plus simples; la malade a vaguement conscience du trouble de son esprit. L'accalmie présente succède à une période de vive surexcitation. Il s'agit de confusion mentale indirectement causée par un avortement. Certificat de quinzaine : C... est sortie, peu après son arrivée à l'Asile, de l'état confusionnel dans lequel elle se trouvait au moment de l'admission. La détente s'est produite dans le domaine moteur comme dans le domaine psychique. Depuis quelques jours est de nouveau excitée et son attitude est actuellement celle d'une hypomane. C... sort guérie le 25 février 1925.

Deuxième admission. — 25 octobre 1929. Certificat de vingt-quatre heures : C... présente un état mental caractérisé par de la fuite des idées et du langage, par de l'agitation motrice modérée, par de l'humeur gaie. Cet état s'est manifesté à la suite d'un accouchement normal. Il est à remarquer que des troubles mentaux du

type d'abord confusionnel, plus tard hypomaniaque, avaient suivi en 1924 un avortement et avaient nécessité l'internement de la malade. Il s'agit d'une psychose intermittente ayant de particulier que les incidents psychopathiques sont en rapport avec des incidents obstétricaux.

Certificat de quinzaine : Est atteinte de psychose périodique caractérisée par des accès d'excitation du type maniaque déclenchés à l'occasion d'incidents puerpéraux. Les deux crises, qui ont motivé l'internement, sont consécutives à des accouchements, l'un prématuré, l'autre normal. Le cas est classique. L'accès se terminera par le retour à la lucidité; il se pourrait que par la suite les crises fussent provoquées par d'autres causes que la puerpéralité. C... sort guérie le 8 janvier 1931.

Troisième admission. — 24 avril 1931. Certificat de vingt-quatre heures : C... est atteinte de démence précoce se traduisant par de la désintégration du fonds mental, de l'incohérence des propos due à de l'automatisme mental, de vagues idées de mission à accomplir, d'être au service de l'ex-empereur d'Allemagne. Il ne paraît pas exister pour le moment de troubles hallucinatoires. Les réactions sont calmes. Cette malade a été internée deux fois à Château-Picon, en 1924 et en 1929.

Certificat de quinzaine : C... est atteinte de démence précoce se traduisant par de la dissociation des facultés intellectuelles, de l'automatisme mental provoquant de l'incohérence, de l'indifférence, du maniérisme et de l'incapacité de s'intéresser à quoi que ce soit. Les réactions sont calmes.

Cette malade quitte l'Asile le 21 septembre 1931. Elle est guérie. Depuis deux ans, la guérison se maintient.

Ainsi donc, voilà une malade qui, au point de vue clinique, a été considérée tour à tour comme atteinte de folie maniaco-dépressive avec appoint confusionnel dû à la puerpéralité, puis de démence précoce, et qui actuellement est en bonne santé depuis deux ans environ.

En vérité, si nous admettions les critiques signalées plus haut, nous n'arriverions jamais à aucun résultat. Le diagnos-

tic et le pronostic sont deux actes médicaux différents, et vouloir se servir du dernier pour corriger le premier nous paraît une erreur dans le sujet que nous traitons. L'erreur capitale, selon nous, est que l'on considère la démence précoce, telle qu'elle est comprise actuellement, comme une entité morbide particulière (un dément précoce a toujours été un dément précoce) et non comme assez souvent une terminaison de pas mal de maladies mentales chez certains malades.

Mais, sur cette question, que nous apprennent nos observations? Dans la première, nous trouvons une hérédité vésanique chargée, une tuberculose ganglionnaire; dans la deuxième une poliomyélite antérieure provoquant un accouchement prématuré et des troubles mentaux dans le jeune âge. Dans la troisième, les renseignements sur les antécédents héréditaires et sur l'histoire pathologique de la malade avant les troubles mentaux nous manquent. Dans la quatrième, nous constatons une hérédité vésanique du côté maternel, et une tuberculose pulmonaire qui a emporté la malade. Dans la cinquième, un accouchement a provoqué les premiers troubles mentaux, une typhoïde est survenue lors du second internement; pendant son troisième internement, la malade est devenue démente précoce. Est-il donc irrationnel d'admettre, d'après ce fait, que les tares nerveuses congénitales, les tares acquises à la suite de maladies infectieuses, ont compliqué quelque peu, au point de vue clinique, la symptomatologie de la folie maniaco-dépressive chez ces malades, et en tout cas sont les causes ou ont aggravé les causes, chez elles, d'une vulnérabilité mentale, ou congénitale, ou acquise, créant ainsi une sorte de tendance, d'aptitude à la désintégration de leur fonds mental. Nos malades ont bien résisté à la première atteinte de folie maniaco-dépressive, mais leur résistance a cédé, les unes à leur premier accès, les autres au troisième. Ce fléchissement de la résistance mentale une fois déclenché est-il définitif? Nous ne le pensons point. La résistance peut se relever et triompher de la nocivité de l'affection, et ne peut-on point interpréter

ainsi les différentes phases cliniques présentées par C... dont nous venons de rapporter plus haut l'observation? Lors des deux premiers accès, un accouchement déclenche une crise maniaco-dépressive avec appoint confusionnel; il est évident que la malade est une prédisposée maniaco-dépressive et une fragile mentale, mais la résistance est parfaite et la malade guérit. Lors de son troisième accès, les symptômes sont ceux de la démence précoce; il y a donc là un fléchissement net, mais la résistance se relève; les symptômes alarmants disparaissent et la malade guérit.

On peut se rendre compte, d'après la manière dont nous interprétons les faits, combien nous sommes loin des psychiatres qui nous ont adressé leurs critiques. Pour eux, il faut chercher les symptômes d'une maladie qui doit exister tout à fait au début des troubles mentaux des malades et qui doit évoluer fatalement. Pour nous, pas mal de ces symptômes, que l'on ne nous fasse pas dire tous, sont dus à la vulnérabilité particulière, à la moindre résistance des malades, et cette résistance peut varier, faiblir définitivement, ou se relever. Pour eux, ayant constaté ces symptômes ou l'absence de ces symptômes lors du début des troubles mentaux, dans le premier cas il s'agira d'une démence précoce, dans le second d'une maniaco-dépressive. Ils ne tiennent nul compte de l'évolution, de la durée, des associations, des complications qui peuvent survenir. Aussi, se trompent-ils presque une fois sur deux, et, mis en présence de leur erreur, tout étonnés, ne comprenant pas, ils affirment qu'il n'y a pas moyen, dans les cas atypiques, de faire le diagnostic différentiel entre la démence précoce et la folie maniaco-dépressive. Ils ne voient que la maladie, ils ne voient pas le malade qui, lui, est encore plus complexe que toute description, la plus complexe soit-elle, de la maladie la plus complexe qui soit, la démence précoce, telle qu'elle est comprise actuellement.

Pour nous, en présence de tels malades, notre façon d'apprécier les symptômes est toute différente. Nous notons les symptômes tels qu'ils sont : de la maladie prévalente, les

associations d'autres maladies, d'autres syndromes mentaux, les réactions qui proviennent des constitutions du malade; nous essayons d'estimer leur plus ou moins grandes résistances mentales. Nous établissons un bilan, nous formulons souvent un diagnostic complexe, qui parfois n'entre pas très bien dans le cadre de telle ou telle maladie didactiquement décrite, et nous établissons une impression pronostique du moment, qui peut parfaitement ne pas être définitive.

Mais, si nous devons en changer, on devine bien, d'après ce que nous avons dit plus haut, que ce changement puisse nous paraître tout à fait explicable.

Les adversaires de notre façon de faire vont bien vite alors s'écrier : Mais quoi ? Vous ne faites ni diagnostic ni pronostic ferme ? Parfaitement, leur répondrons-nous. Le diagnostic de ces cas atypiques ne peut être simple, ne peut être un diagnostic seul de maladie, parce que ces cas sont complexes, et qu'il y entre presque toujours des réactions particulières à chaque malade. Celui-ci n'admet pas qu'on le dépouille de certains de ces symptômes pour le faire entrer dans le cadre d'une affection qui, si abondamment décrite qu'elle soit, ne peut contenir toutes les réactions individuelles. Le malade doit conserver sa personnalité. Quant au pronostic, toujours pour ces cas difficiles, comment, raisonnablement, peut-on nous reprocher de ne pas en porter ? Pour une maladie physique, soit infectieuse, soit constitutionnelle, est-ce qu'au début, quand le diagnostic est difficile, quand les associations morbides sont évidentes, quand des complications sont probables, est-ce que l'on peut faire un pronostic ferme ? Mais ce pronostic peut être variable du jour au lendemain. Et l'on voudrait que, pour les cas complexes mentaux dont nous parlons, qui vont évoluer pendant des mois, peut-être des années, nous portions d'emblée un pronostic définitif ? Franchement, ce ne sont point là critiques sérieuses.

Nous pensons donc avoir repoussé victorieusement les critiques que l'on pourrait nous faire et être en droit de conclure que nos cinq maniaco-dépressives sont devenues démen-

tes précoces, se rapprochant de près du type Kræpelinien, car enfin il faut avouer qu'il est profondément malheureux que, à propos de certains sujets de psychiatrie, nous soyons encore obligés d'ajouter un qualificatif néologique de nom propre variant, suivant le temps ou la renommée momentanée du personnage psychiatrique, si grand soit-il.

Peut-on, cliniquement, dépister cette vulnérabilité mentale, cette moindre résistance cérébrale, cette aptitude dissociative, cette tendance démentielle congénitale ou acquise, particulière à chaque malade ou du moins à de multiples groupes de malades? Il s'agit ici d'une véritable constitution, avec certainement des variantes visant la qualité du fonds mental et non la qualité de la forme psychiatrique qui évolue sur le fonds mental, comme cela a été fait pour les différentes constitutions déjà décrites jusqu'à présent, constitutions cyclothymique, hypocondriaque, paranoïaque, schizoïde, névropathique, même épileptique, etc., etc. Peut-on, répétons-nous, arriver à la deviner? D'après ce que nous avons dit plus haut, on se doute bien que nous allons prendre pas mal de ces symptômes à la démence précoce maladie. Chez des individus reconnus congénitalement tarés (mais pas nécessairement, car qu'est-ce que la portion d'hérédité que nous connaissons, en comparaison de celle que nous apportons avec nous depuis des siècles, chez ceux qui ont eu des maladies infectieuses ou toxiques graves), tout changement d'humeur, tout fléchissement de l'intelligence, toute perversion de l'activité habituelle du malade, toute période plus ou moins confusionnelle, doivent sérieusement attirer l'attention. Quand une psychose est déclarée, plus elle est pure, plus elle a de chances d'évoluer suivant les probabilités d'évolution décrites pour ces maladies; plus elle est complexe, que cette complexité tienne à des associations d'autres maladies mentales, ou qu'elle soit due à des exacerbations de constitutions mentales personnelles, plus le pronostic devient grave. Quand, dans le cours de ces différents états morbides, nous voyons s'installer des symptômes que l'on peut faire rentrer dans

les grands syndromes de l'indifférence, de la discordance, de la catatonie, de l'automatisme mental, plus l'alarme doit être vive; plus ces symptômes sont persistants, plus le cas devient grave ou désespéré.

Que l'on veuille bien nous pardonner de ne point discuter un à un tous ces symptômes, cela nous entraînerait trop loin de notre sujet. Mais, à ceux qui s'étonneraient ou trouveraient puéril que nous voulions reconnaître une constitution pathologique concernant le fonds mental au point de vue qualitatif, nous répondrons que cette conception peut se défendre tout aussi bien que les conceptions qui ont fait décrire à plusieurs psychiatres des plus distingués des constitutions différenciant les diverses altérations psychiques dont peut être touché le psychisme.

Nous nous sommes, nous semble-t-il, bien trop avancé dans la critique de la conception Kraepelinienne de la démence précoce pour que nous ne donnions point notre opinion sur ce problème dominant de la psychiatrie. Mais disons tout de suite que notre opinion ne saurait être personnelle, car il y aurait véritablement de notre part une belle inconscience paranoïaque, vue notre jeunesse psychiatrique, à avoir la prétention d'en formuler une. C'est donc une opinion ralliée; nous adoptons, en effet, les idées de notre chef de service, M. le Docteur Ducos, qui, dans son rapport de l'année 1934, écrivait :

« Nous désirons exprimer notre modeste opinion sur une question très importante de psychiatrie générale : sur la démence précoce. Ce chapitre très vaste, très complexe, des maladies mentales doit-il être conservé tel qu'il a été décrit ? Les remaniements qu'il a subis constituent-ils un réel progrès ? La vaste synthèse kraepelinienne, avec ses formes catatonique, hébéphrénique et paranoïde, est-elle véritablement justifiée ? La théorie nouvelle de la schizophrénie a-t-elle plus de valeur ? ou ne sont-ce là que de vastes cadres d'attente d'où doivent être extraites peu à peu les différentes variétés cliniques au fur et à mesure qu'elles seront différenciées ?

» Pour qu'une synthèse soit valable en pathologie, il faut nous semble-t-il, que les divers éléments dont elle est constituée présentent des affinités de liens communs qui permettent de les grouper en un tout qui formera une entité cohérente. Quelles sont donc ces affinités, ces liens autorisant à faire entrer, dans une même maladie : la démence précoce simple, la catatonie, l'hébéphrénie et tous les délires paranoïdes ?

» Etiologiques ? Maintes théories ont été émises, aucune n'a survécu à l'expérience.

» Anatomiques ? Certains histologistes ont bien décrit des lésions même spécifiques; aucun n'a pu entraîner l'adhésion de tous.

» Psychologiques ? On est encore à s'entendre sur un critérium de cette nature et les discussions sur ce point n'offrent que diversité et contradictions.

» Pronostiques ? Pas même, puisqu'il y a des cas qui guérissent dans n'importe quelle forme de démence précoce.

» Thérapeutique ? Il vaut mieux n'en pas parler. Aussi tous les psychiatres, et depuis longtemps, avaient-ils senti le peu de solidité de cette construction nosologique kraepelinienne et étaient-ils prêts à l'abandonner pour une ou des conceptions nouvelles... Et une conception nouvelle a surgi en effet. Comme l'ancienne, elle nous vient d'Allemagne. Elle a actuellement la même vogue que la première a eu autrefois. Malheureusement, nous craignons bien que, ni Bleuler, ni Kretschmer, pas plus que Kraepelin, ne soient arrivés à clarifier les obscurités de la question. Ils ont remplacé la démence précoce par la schizophrénie, et ils ont rendu celle-ci encore plus extensive. Je n'ai point ici la place de critiquer; comme la première, elle est trop touffue, trop absolue, trop colossale et, en cela, porte bien en elle la marque de l'esprit germanique qui l'a conçue.

» A côté de ces grands de la psychiatrie, est-il permis à un psychiatre moyen d'émettre timidement quelques idées, fruits de quelques vingt-cinq ans d'expérience ?

» Si nous mettons de côté certaines affections psychiques bien individualisées, soit par la connaissance de leurs causes ou de leurs lésions, soit par une symptomatologie nettement caracté-

ristique, il nous reste malheureusement une foule d'états pathologiques mentaux indéterminés, mal connus, que l'on a rangés successivement, et suivant les maîtres psychiatriques de l'heure, dans la dégénérescence mentale, dans la folie maniaco-dépressive, dans la démence précoce, et maintenant dans la schizophrénie.

» Où est la vérité ? Et sur quelles données s'appuyer pour essayer de voir un peu clair dans cette multitude de cas atypiques ?

» Il est évident que l'étiologie paraît être la base la plus solide. Mais que savons-nous des causes des maladies mentales ? A quoi est due la manie, la mélancolie, l'épilepsie, etc. ? Peut-on compter sur l'anatomie pathologique ? Mais quelles sont les lésions de la plupart des maladies de l'esprit ? Sur le pronostic ? Mais ce serait tout à fait irrationnel, car des affections bénignes peuvent s'aggraver du fait de complications, des affections graves peuvent guérir si le malade est suffisamment résistant.

» En l'état actuel de la psychiatrie, nous ne voyons donc que la clinique qui puisse nous être d'un réel secours.

» Partant de ce principe, l'on ne sera guère étonné de nous voir écrire que nous refusons un même diagnostic de déments précoces aux malades atteints de symptômes soit catatoniques, soit paranoïdes, à ces malades complexes dont on escamote la difficulté de diagnostic en les désignant sous le nom d'hébéphréniques, aux démentiels post-confusionnels, aux aliénés atteints de démence précoce simple, etc.; et l'on ne sera pas étonné, non plus, que nous ne nous contentions pas de les ranger sous l'étiquette générale de schizophrènes.

« Selon nous, la méthode synthétique pour l'étude des maladies mentales est encore inopportune, trop hâtive, nous n'en sommes malheureusement qu'à la méthode analytique, et nous disons que nous ne croyons pas pouvoir prononcer le diagnostic de démence précoce ou de schizophrénie, en présence de malades dont le bilan symptomatique plus ou moins complexe demande à être étudié, fouillé, et ne peut être résumé en un seul mot désignant une affection unique, car il s'agit, chez ceux-ci, d'éléments multiples tout à fait différents. Cliniquement, on est obligé de noter, dans ces cas, telle maladie ou tel syndrome, souvent des

associations de maladies ou de syndromes, leurs répercussions réciproques, de signes dus à la plus ou moins grande gravité de ces maladies ou de ces syndromes, et, au point de vue de l'évolution, ne faut-il pas, en outre, compter sur la plus ou moins grande résistance mentale des malades ? Tous ces facteurs entrent en jeu dans la symptomatologie qu'ils présentent; il faut les reconnaître, les dépister, les juger chacun suivant leur nature, leur valeur, pour essayer de porter un diagnostic, un pronostic, et d'instituer un traitement.

» Le fouillis de la démence précoce provient, à notre avis, de ce que l'on a attribué à une seule maladie un ensemble de symptômes dont bon nombre proviennent, soit d'associations, soit de complications, soit d'aggravations, soit aussi de réactions cliniques particulières aux divers malades et variables suivant chaque malade. Il n'est pas, du moins au début, de cas actuellement baptisés démence précoce ou schizophrénie, un seul groupement de signes, ou même un seul signe, qui soit absolument caractéristique de ces soi-disant entités pathologiques mentales. Les notions de complexité, de plus ou moins grande gravité, de terrain, nous paraissent capitales. La plupart des cas de démence précoce ne sont pas primaires, ils sont secondaires.

» Débarrassons-nous donc de cette appellation de précoce, qui fait que l'on ne s'entend pas, et que l'on réunit des faits tout à fait disparates, même pour la forme de démence précoce dite simple, dans laquelle le processus dissociatif paraît être le plus caractéristique, le plus pur. Changeons-en le nom. Qu'elle redevienne l'idiotie acquise, qu'on l'appelle démence juvénile, ou démence simple, ou de telle autre dénomination que l'on voudra. Quant à la schizophrénie, qu'elle soit limitée dans son extension. Sa description clinique convient à une certaine catégorie de malades et mérite d'être conservée; mais si on l'étend indéfiniment, elle perd toute sa valeur.

» En présence de malades atteints de ces syndromes atypiques, ne nous croyons pas obligés de porter un pronostic définitif. En agissant ainsi, nous négligerions de compter avec l'évolution de la maladie, les complications qui peuvent survenir, la résistance

du sujet; car, d'après notre expérience, des malades cliniquement qualifiés maniaque-dépressifs, c'est-à-dire qui avaient de grandes chances de guérison, ont abouti à la démence; et d'autres malades, cliniquement déclarés atteints de démence précoce, qui, par conséquent, paraissaient devoir devenir incurables, ont guéri et pu reprendre leur place dans la société. Cherchons, au contraire, au lieu de nous satisfaire avec une appellation vague, de mettre en évidence la complexité de ces cas, tâchons de démêler ce qui appartient à la maladie, ce qui revient au malade, et sachons attendre, tant qu'il sera prématuré de conclure. Il y a bien des maladies mentales, mais il y a surtout des malades. »

A cet exposé de notre chef de service, qu'ajouterons-nous ?

Il n'y a pas une seule affection psychique, un seul syndrome mental, qui ne puisse se terminer par des signes de démence précoce, et qui ne permette, avec les conceptions actuelles, de le désigner sous le nom de démence précoce, à forme maniaque, ou mélancolique, ou à double forme, ou intermittente, au paranoïde, ou catatonique, ou schizophrénique, ou psychasthénique..., etc., etc. Ces diagnostics ne sont habituellement fait que rétrospectivement, quand il existe chez les malades des signes d'incurabilité. Nous avons dit plus haut que nous ne saurions accepter de tels diagnostics basés sur de tels raisonnements.

Pour nous, il existe une vulnérabilité mentale particulière chez ces futurs déments précoces, une constitution dissociative, qui est variable, qui résiste, ou qui s'aggrave, qui trouve son expression la plus pure dans la forme décrite par Esquirol sous la forme d'idiotie acquise. Le malade peut devenir, dément sans presque aucun symptôme psychique surajouté. Quand, au contraire, des psychoses surviennent, s'associent, exacerbent des constitutions, si elles aboutissent à des incurabilités, celles-ci doivent prendre le nom de la psychose ou des psychoses, ou des poussées constitutionnelles, qui en sont les seules causes déterminantes. Ce nom, cette appellation, pour être vraie, doit, elle-même, être complexe, admettre

plusieurs qualificatifs. En attendant que la démence précoce ait une étiologie, une anatomie pathologique, une symptomatologie particulières bien connues comme la paralysie générale — ce que nous ne croyons pas car la pathologie n'a pas de processus unique — qu'il nous soit permis de penser que les idées que nous venons d'exposer ne sont pas déraisonnables.

CONCLUSIONS

I. — Des malades atteints de folie maniaco-dépressive peuvent devenir déments précoces. Ils gardent habituellement, une fois déments, une physionomie clinique rappelant celle de la folie maniaco-dépressive.

II. — Plus les malades présentent de symptômes purs de la folie maniaco-dépressive, moins ils ont de chances de devenir déments précoces.

III. — Plus les malades présentent des signes de folies complexes, que cette complexité soit due à des affections mentales ou à des poussées constitutionnelles associées, plus ils ont de chances de devenir déments précoces.

IV. — Les signes de démence précoce ainsi constatés peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la folie maniaco-dépressive, même après plusieurs accès.

V. — Ils peuvent être considérés comme dus à l'aggravation d'une vulnérabilité mentale, d'une moindre résistance mentale particulière, sinon à chaque malade, du moins à des groupes nombreux de malades. Cette vulnérabilité mentale, cette moindre résistance mentale, nous paraît être due à une véritable constitution psychique, présentant elle-même d'ailleurs des variantes.

VI. — Cette constitution de moindre résistance mentale peut être congénitale, mais cette vulnérabilité mentale peut être aussi acquise; elle peut aussi aggraver des tendances constitutionnelles.

A la suite de circonstances étiologiques encore non définies, elle peut aboutir, sans phénomènes psychosiques surajoutés, à la démence d'emblée : c'est l'ancienne idiotie acquise d'Esquirol, c'est la démence précoce véritable.

VII. — Cette constitution de vulnérabilité mentale particulière peut encore se traduire d'une façon évidente, dans le cours d'une psychose quelconque, et créer un syndrome psycho-pathologique associé, mais transitoire et curable, et n'aboutissant pas fatalement à la démence progressive et définitive : c'est ce qui peut survenir en particulier pendant un accès authentique de psychose maniaco-dépressive.

VIII. — Cette constitution de vulnérabilité mentale peut au contraire entraîner dans les conditions précédentes et à la suite de causes aggravantes particulières, l'évolution d'une démence définitive. Sur ce point, on peut dire même que la plupart des états décrits sous le nom de démence précoce ne sont que des démences de cette catégorie, c'est-à-dire des démences secondaires, qui devraient dès lors recevoir des appellations différentes indiquant leurs causes déterminantes réelles.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 18 juillet 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEGHINO (A.). — Constitution maniaco-dépressive dans la cyclothymie. *Rev. de criminol. psychiatr.*, 13, nov-déc. 1926, p. 647-663.
- ANTHEAUME. — Les psychoses périodiques. Congrès de Genève, 1907.
- ANTHEAUME et TREPSAT. — Délire d'imagination et psychose périodique. *Encéphale*, 1912.
- AUSTREGESILO. — Les cataphrénies. *Encéphale*, 1926, p. 425.
- BALL (B.). — De la folie de la puberté ou hétérophrénie. *Encéphale*, 1884.
- BALLET-GILBERT. — Psychoses périodiques (p. 576) et Démence vésanique (p. 801). In *Traité de pathologie mentale*, Doin, 1903.
- Psychose périodique. *Encéphale*, déc. 1909, p. 485.
- *Soc. méd. psychol.*, oct. 1912.
- BACKLIN (E.). — Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Adrenalininjektionen auf den Blutdruck bei dementia praecox und manisch-depressivem-Irresein. *Acta psych. et neurol.*, I, p. 232-259, 1926.
- BARBÉ. — Difficulté du diagnostic entre la démence précoce et la psychose périodique. *Encéphale*, 1912, t. II, p. 437-451.
- BARBÉ et GUICHARD. — Démence précoce et psychose périodique. *Encéphale*, 1914, p. 365.
- BARONCINI. — Démence et paradmence. Dissolution et dissociation mentale. *Riv. sperim. di frenatria*, avril 1909.
- BENON (H.). — Démence précoce, asthénie et manie. *Progrès médical*, 42, I, 467; I, 472, 17 sept. 1927.
- BESSIÈRE (René). — Paranoïa et psychose périodique. Thèse Paris, 1913.

- BIRBAUM. — Die neueren Forschungsbestrebungen in der psychiatrie. *Monatschr. f. Psych. und Neurol.*, t. LIV, 1923, p. 305-320.
- BLEULER. — La démence précoce ou groupe des schizophrénies, 1 vol., 418 p., Franz Deuticke, Leipzig et Vienne, 1911. In Manuel de psychiatrie, publié sous la direction du professeur ASCHAFFENBURG.
- BONDAREFF (N. I.). — Formes schizoïdes de la cyclophrénie. *Vrachebnaya Gazeta; Klinicheskaya bitovaya Gazeta dlya Vracheï*, V, Possipoff; *Prakticheskaya Meditsina*, 11, Ulitza Lassalle, Leningrad, 34, p. 942-945, juin 1930.
- BOUDERLIQUE (Mlle). — Folie intermittente ou démence précoce. *Soc. clin. de méd. mentale*, janv. 1920.
- BOUMAN. — Veber Eigentumliche Formen Familiarer Psychosen. *Zeitschr. f. d. G. Neurol.*, vol. 17, p. 354.
- BOVEN. — Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaco-dépressive. Thèse Lausanne, 1915.
- Etude sur les conditions du développement au sein des familles de la schizophrénie et de la folie maniaco-dépressive. *Arch. suisses de neurol.*, 1921, vol. 8, p. 89.
- Caractère individuel et aliénation mentale. *Arch. suisses de neurol. et psych.*, t. VI, fasc. II.
- BRUCE-LEWIS (G.). — La déviation de complément dans les cas de folie maniaco-dépressive. XVII^e Congrès international de médecine. Londres, 6-12 août 1913.
- BUMKE. — Ueber die Körperlichen Begleiterscheinungen psychischer vorgänge, Wiesbaden, Bergmann, 1909.
- Traité. Berlin, 1928.
- BUSCAINO. — Amines toxiques présentées dans la circulation chez les déments précoces et manquant chez les maniaques et les mélancoliques. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, juill.-oct. 1923.
- BUVAT et VILLEY-DERMESERETS. — Manie prolongée, atypique. *Bull. Soc. clin. de méd. mentale*, 15, 12, 16, janv.-février 1927.

- CAMUS (Jean). — La régulation des fonctions psychiques. *Paris médical*, 7 oct. 1911.
- CAPGRAS et ABELY. — Psychoses atypiques : folie intermittente ou démence précoce. Soc. clinique de méd. mentale, janv. 1922.
- CAPGRAS et Mlle CULLERRE. — Etat mixte : manie improductive. Soc. clinique de méd. mentale, 15 mars 1926.
- CARLISLE (C. L.). — Significance of Schizoid mechanisms in manie depressive syndrome. *M. Bull. Admin.*, 8, p. 93-98, févr. 1932.
- CELLIER. — Le démembrement de la démence précoce. *Presse médicale*, 19 nov. 1924.
- CHARPENTIER. — Les démences précoces. Communication au Congrès de Rouen, 1890.
- CHRISTIAN. — De la démence précoce des jeunes gens. *Ann. médico-psychol.*, janv. à oct. 1899.
- CIAMPI et AMEGHINO. — Sur la prétendue pathogénèse aminique de la démence précoce. *Revista sud-americana d'endocrinologia immunologia y chimiotherapia*, 15 août 1924.
- CLAUDE (H.). — Diagnostic entre démence précoce et schizophrénie. *Pratique médicale française*, 5, p. 475-487, déc. 1926.
- Test du Somnifène dans la catatonie. *Encéphale*, 23, p. 724-730, sept.-oct. 1928.
- Démence précoce et schizophrénie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Genève, 1926, p. 110-111.
- CLAUDE et BLEULER. — Différence diagnostic entre démence précoce et schizophrénie. *Arch. intern. neurol.*, 2, 124-131, nov. 1926.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Diagnostic différentiel entre psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, mai 1931, p. 377.
- CLAUDE et NACHT. — Etat psychologique précédant la catatonie. *Ann. médico-psychol.*, 89, p. 409-418, nov. 1931.
- COLES (W. W.). — Guérisons dans la démence précoce (Westborough State Hospital Papers). Boston, 1912.

- CONELT (E.). — L'affectivité dans la démence précoce. *Revista frenopatica espanola*, oct. 1912.
- CORDOVA (DE). — Difficulté du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la folie maniaco-dépressive. *Revista frenopatica espanola*, déc. 1910.
- CORLAT (I. H.). — Manie dépressive dynamic interprétation of Kretschmer's character types. *Amer. J. Psychiatr.*, 6, p. 259-266, oct. 1926.
- COURBON (P.). — Démence précoce et folie maniaco-dépressive. *Encéphale*, mai 1913, p. 434-443.
- Contribution au diagnostic des états mixtes de psychose maniaque dépressive. *Ann. médico-psychol.*, 1913, et in *Encéphale*, 1912.
- Asthénomanie et psychose maniaque dépressive. *Rev. de psych.*, juill. 1912.
- COURBON (Paul) et MAGNAND (Jean). — Schizomanie ou psychose maniaque dépressive. Malade présentée à la Société de psychiatrie le 16 déc. 1926.
- DAGONET. — Démence, page 355 in *Traité des maladies mentales*, 1876.
- DENY (G.). — Rapport au Congrès des aliénistes de Pau, 1904.
- La cyclothymie. *Semaine médicale*, 1908.
- DENY et CAMUS. — La psychose maniaque dépressive, 1907.
- DIMOLESCU (A.). — Concepts modernes de schizophrénie. *Rev. méd. Roumanie*, 11, p. 485-489, déc. 1929.
- DUMAS. — La manie, la mélancolie, la manie-mélancolie, à l'asile d'aliénés d'Agen. Thèse Bordeaux, 1911.
- DUNTON. — Les formes circulaires de la démence précoce. *Amer. J. of insanity*, janv. 1910.
- Les formes intermittentes de la démence précoce. *Amer. J. of insanity*, oct. 1910.
- DUPRÉ et CHARPENTIER (René). — Psychose périodique, méningite syphilitique, démence. Communication à la Société de psychiatrie, févr. 1909.
- DÜRST (G. L.). — Manifestations de schizophrénie dans la maniaco-dépressive familiale. *Zeitschr. für die gesamte neurol. und Psych.*, 124, p. 426, 450, 1930.

- ESQUIROL. — Démence et idiotie, *In Maladies mentales*, 1838.
- EWALD. — Das manisch depressive irresein und die Frage der Frankheitsenheit. *Zeitschr. für die ges. Psych. und Neurol.*, t. LXIII, p. 64, 1921.
- Die biolog. grundlagen von Temperament und Charakter und ihre Bedeutung f. die Abgrenzung das manisch depressive irresein. *Zeitschr. für die ges. Psych. und Neurol.*, t. LXXXIV, p. 384.
- *Manisch depressive Irresein Fortschritte*, janv. 1929.
- FRIEDEMANN (A.). — Relation of structure of Rhand to constitutional mental disorders (schizophrenia and circular insanity). *Arch. für Psychol.*, 82, p. 439-499, 1928.
- FLEICHHACKER et SCHEIDERER. — Diagnostic différentiel entre la folie circulaire et la schizophrénie par élimination d'iode par les urines. *Monatsschrift für Psych. und neurol.*, 76, p. 373-378, août 1930.
- GARCZYNSKI. — De l'issue des folies périodiques et circulaires. Thèse Genève, 1910.
- GAUPP. — Z. Frage d. Kombinirten Psychosen. *All. z. f. Psych.*, p. 404, 1904.
- Z. Frage d. Kombinirten Psychosen. *Arch. f. Psych.*, 76, p. 1, 1925.
- GHIRARDINI. — Contribution à l'étude pathogénique de la démence précoce. *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, fasc. 4, 1907.
- GORDON. — Diagnostic différentiel entre la psychose maniaque dépressive et la démence précoce. Analyse in *The Journal of Nervous and mental Diseases*, vol. XXXIX, n° 1, p. 24-41.
- GRUELHE. — Historische Bernerkungen zum Problem Charakter und Koerperbau. *Zschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXXIV, p. 444, 1923.
- HALBERSTADT. — Stéréotypie dans un cas de stupeur maniaque. *Encéphale*, juin 1910.
- La schizophrénie tardive. *Encéphale*, 1925, p. 655.

- Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaco-dépressive. *Ann. médico-psychol.*, t. I, p. 117-143, févr. 1930.
- La démence précoce à évolution circulaire. *Rev. de psych.*, sept. 1913.
- HENNEBERG. — Caractères physiques dans des cas de démence précoce et de maniaco-dépressive. *Méd. Welt.*, 3, 23-25 janv. 1929.
- HERZ. — Z. Frage d. sogenannten Mischpsychosen. *Z. F. D., ges. Neurol.*, 1928, vol. 116, p. 251.
- HOESSLING. — Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes und Ausganges des Manisch depressive Irreseins. *Zentralbl. f. Nervenkr. und Psych. f.* XXXII, p. 823, 1909.
- HOFFMANN. — Schizothym-cyclothym, *Z. f. d. ges. Neurol.*, vol. 82, p. 93, 1923.
- HOLST (DE). — Abweichende Formen d. M. D. Irreseins. *Allg. Z. f. Psych.*, janv. 1926, p. 301.
- HOMBURGER. — Die litteratur d. M. D. Irreseins, 1906-1910. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, vol. 2, n^{os} 9 et 10.
- JACOBI et KOLLE. — Cités par Lange dans le Traité de Bumke.
- JACQUIN. — Le signe de la poignée de main dans la démence précoce. *Encéphale*, oct. 1913.
- JELLIFFE (Smith Ely). — La Cyclothymie, forme atténuée de la psychose maniaque dépressive et constitution maniaque dépressive. *Amer. J. of Insanity*, avril 1911.
- JELGERSMA. — Abweichende Fälle von M. D. *Psychose Zentralblatt*, vol. 39, p. 84.
- KAHLBAUM. — Gruppierung der psychischen Krankheiten, 1863.
- KAHN. — Erbbiologische-Klinische Versuche. *Zeitschr. f. die ges. neurol. und Psych.*, t. LXII, p. 273, 1920.
- KAHN (Pierre) et GENIL-PERRIN. — Sur un cas de psychose périodique. *In Encéphale*, nov. 1913.
- KALTENBACH (H.) et ROHRER (A.). — Körperbauuntersuchungen bei Schizophrenen und Manisch-Depressiven sowie Zahnuntersuchungen bei Schizophrenen. *Zschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, III, p. 661-690-1928.

- KANT (O.). — Caractères, relations psychopathologiques entre les types de personnalité cycloïdes, épileptiques et schizoïdes. *Zeitschr. F. die Ges. Neurol. und Psych.*, 129, 404-410, 1930.
- KIRBY. — Ensemble symptomatique et pronostique de la psychose maniaco-dépressive. *New-York Soc. of Psych. and. Neurol.*, janv. 1907.
- The catat-Syndromes and its relation to M. D. Insanity. *Journal of nerv. and mental diseases*, 1913.
- KIRN. — Die periodischen Psychosen. Stuttgart, 1878.
- KLEIST. — Veber cycloïde degeneration psychosen. *Zentralblatt*, vol. 44, 1926, p. 633.
- KLIENEBERGER. — Atypische periodische Psychosen. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1923, vol. 79, p. 374.
- KLIMO. (Z.). — Schizophrenie à évolution maniaco-dépressive. *Bratislavské Lekárske Listy*, 12, p. 23-26, janv. 1932.
- KRAEPELIN. — Introduction à la psychiatrie clinique. Traduction DEVAUX et MERKLEN, 1907, p. 367.
- Traité de psychiatrie, 8^e éd., 1913.
- A propos de la communication de Zendig à la Société des Aliénistes Bavarois sur le diagnostic de la folie maniaque dépressive et de la démence précoce. *Encéphale*, 1910, t. I, p. 181.
- KRAFFT-EBING. — Traité clinique de psychiatrie, traduit sur la 5^e édition allemande par Emile LAURENT, 1897.
- KRETSCHMER. — Koerperbau und Charakter. Berlin, Springer. 1921.
- Konstitution und Rasse. *Zschr. f. die. Ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXXII, p. 139.
- LAGRIFFE. — Rapport (présenté au Congrès du Puy, 1913), sur les troubles du mouvement dans la démence précoce.
- LANGE. — Katatonische Erscheinungen im Ralmeuman Erkrankungen. Berlin, 1922, 169 pages.
- Article sur la psychose maniaco-dépressive, dans le Traité de Bunke, Berlin, 1928.

- LAPUYADE. — Contribution à l'étude des états maniaco-dépressifs prémonitoires de la démence précoce. Thèse Bordeaux, 1923.
- LAUTIER. — Catatonie et psychose périodique. Présentation d'un malade à la Société médico-psychologique, 26 mai 1924.
- LAURENCE. — Association de la confusion mentale avec la manie et la mélancolie. Thèse Bordeaux, 1912.
- LEONHARD (K.). — Recherches capillaroscopiques dans la folie circulaire et la schizophrénie. *Psych. Neurol. Wochenschr.*, 30, p. 487-495, oct. 1928.
- LEROY. — Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. *Ann. médico-psychol.*, oct. 1912, t. II, p. 409-420.
- LEROY et MONTASSUT. — Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce. *Soc. médico-psychol.*, séance du 30 nov. 1925.
- LEROY et POTTIER. — Démence paranoïde chez une sœur aînée évoluant simultanément avec une maniaco-dépressive chez une plus jeune. *Bull. Soc. Clin. de méd. mentale*, 18, p. 142-147, nov.-déc. 1930.
- LEWIN (M.). — Signes de base de la schizophrénie. *The Amer. Journal of psych.*, II, p. 215-236, sept. 1931.
- LÉVY, VALENSI et PICHON (Jean). — Délire d'imagination et psychose périodique. *Soc. de psych.*, 23 oct. 1913.
- LIEDEN (Von H. J. H.). — Cyclothymie et schizophrénie. *Geneeskundig tijdschrift voor Nederlansch Indie-Weltevreden, Java*, 1930.
- MAGNANT. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1893.
- MAIRET. — Leçons cliniques sur la folie de la puberté. *Ann. médico-psychol.*, nov. 1888-juill. 1889.
- MASSELON. — Les psychoses associées. *Ann. médico-psychol.*, juin 1912.
- Psychoses constitutionnelles et psychoses associées. *Encéphale*, 1913, t. I, p. 118-136.

- MAUZ. — Ueber Schizophrenie mit pyknischen Körperbau. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, vol. 86, 1923, p. 96.
- MELSON. — Rapports entre folie M. D. et schizophrénie, *Zentralbl.*, vol. 42, p. 689.
- MEYER. — Paranoïsche Formen der M. D. Irreseins. *Allg. Z. f. Psych.*, 1921, vol. 77, p. 205.
- Paranoïsche Formen der M. D. Irreseins. *Archive of psych.*, 1921, t. LXIV, p. 299.
- MINKOWSKA. — Charakterologische Probleme. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXVII, p. 139.
- MINKOWSKI. — La schizophrénie et la notion de maladie mentale. *Encéphale*, mai-juin-juillet 1921.
- La schizophrénie. Payot. Paris, 1927.
- MOORE (T. V.). — Empirical determination of certain syndromes underlying praecox and manic-dépressive psychoses. *Amer. J. Psych.*, 9, p. 719-738, janv. 1930.
- MONDIO. — Contribution clinique à la démence précoce tardive, *Annali del Ospedale psichiatrica « Il Mandolini »*, févr. 1927.
- MOREL. — De la manière de comprendre l'hérédité dans la production des dégénérescences, in *Traité des dégénérescences psychiques, intellectuelles et morales*, Paris, 1887.
- Hérédité, p. 114, in *Maladies mentales*. Paris, 1860.
- MUELLER. — Periodische Katatonie. Thèse Zurich, 1900.
- MULLER (M.-D.). — Irreseins und D. P. *Zentralblatt*, vol. 28, p. 145.
- OLIVIER. — Koerperbau der schizophrenen. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psychiatr.*, t. LXXX, p. 489.
- OSSIPOFF. — Gemischte oder Kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, 1924, vol. 92, p. 296.
- PASCAL (Mlle). — La démence précoce (Alcan, 1911).
- Les formes prodromiques dépressives de la démence précoce. Ann. in *Rev. Neurol.*, 1906, p. 785.
- Les rémissions de la démence précoce. *Rev. de Psych.*, mars-avril 1907.

- PEASE (Edmund). — Notes sur la valeur pronostique des hallucinations dans la psychose maniaque-dépressive. *Ann. J. of insanity*, juillet 1912.
- PEREZ-VENTO. — Etude sur la manie. *Revista frenopatica española*, févr. 1913.
- PETERSEN. — Histoire individuelle et familiale de type mélangé de schizoïde et de cycloïde. *Acta psychiatrica et neurologica*, 7, 441-459, 1932.
- PFERSDORFF. — Stereotypien in M. D. Irresein. *Centralbl. f. Neuwenheilkunde*, 1906, p. 743.
- PIGHINI. — Pathologie de la démence précoce et phases aiguës dans lesquelles elle se présente. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1908, vol. 33, fasc. 3-4.
- PULLET. — De l'état intellectuel dans les démences. Thèse Lyon, 1912.
- PUJOL. — Sur la dissociation mentale. Essai de pronostic précoce des états mentaux polymorphes. Thèse Bordeaux, 1912.
- REDALIÉ. — Etiologie de la folie criculaire. *Encéphale*, sept.-oct. 1928, p. 731.
- Problème des types « schizoïde » et « syntonique »; genèse de la schizophrénie et de la folie maniaque dépressive. *Schweiz. med. Wochenschr.*, 59, p. 990-992, sept. 1928-1929.
- Les facteurs endo et exogènes dans la schizophrénie et dans la psychose maniaque dépressive. *Encéphale*, 1929, p. 821.
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 6^e éd., 1923, p. 336.
- RICHTER. — Manic praecoces. U. S. V. et Bur. M. Bull., 5, p. 118-121, févr. 1929.
- RITTERHAUS. — Die Klinische Stellung des M. D. I. *Zeitschr. f. die ges. Psych. und Neurol.*, t. LVI, 1920, p. 10.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie. Alcan, 1923, p. 467.
- ROSSI (Santin-Carlos). — A propos de certains états d'aliénation curable simulant la schizophrénie. *Encéphale*, juin 1928, p. 501.

ROUSSET et BOUVET. — Un cas de démence précoce à forme catatonique. *Arch. d'anthol. crim.*, XXVIII, 15 janv. 1913, p. 39.

RUBENOVITCH. — La schizomanie. Thèse Paris, 1926.

SANCHÈS BARRUS. — Diagnostic différentiel entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive. *Arch. de méd., cir. y espec.*, 29, p. 607-624, déc. 1928.

SANTENOISE, CODET et TARGOWLA. — Bouffées délirantes et psychoses périodiques. *Ann. méd. psych.*, déc. 1923.

SANZ FERNANDEZ. — Sobre las relaciones clinicas entre procesos esquizofrenicos y maniaco depresivos. *Siglo méd.*, 83, p. 73-75, 5 janv. 1929.

SAUSSURE (DE). — Diagnostic différentiel entre la folie maniaque progressive et la catatonie. *Encéphale*, févr. 1924.

SCHNEIDER. — Ueber Wesen und Bedeutung Katatonischer symptôme. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. XXII, p. 486.

SCHRODER. — Psychoses de dégénérescence et démence précoce. *Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten*, vol. 66, p. 1-51, juin 1922.

SCHUELE. — Traité clinique des maladies mentales. Traduction de DAGONET et DUHAMEL. Paris, Lecrosnier, 1888, p. 280 et 419.

SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895, p. 84.

SÉGLAS et COLIN. — A propos du diagnostic de démence précoce et de folie maniaco-dépressive. *Encéphale*, 1909, t. II, p. 557.

SÉGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la démence précoce. *Soc. de psych.*, 16 févr. 1911 et in *Rev. neurol.*, mars 1911, p. 407.

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale. Chapitre sur les folies périodiques par J. DURAND.

SÉRIEUX. — La démence précoce. *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1901.

SIOLI et MEYER. — Bemerkungen zu Kretschmer. Busch. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXX, p. 439, 1922.

- SMITH JENS (Ch.). — Psychoses atypiques avec hérédité hétérogène. Levin et Munksgaard, Copenhague, 1924.
- SMITH. — Catatonic states in Md. *Insanity. Med. Record*, vol. 87, 1915, p. 311.
- SOMMER. — Diagnostik der Geisteskrankheiten. Urban und Schwarzenberg. Vienne, 1901.
- SOMM. — Association de la folie intermittente et du délire de persécution. Thèse Bordeaux, 1912.
- SPECHT. — Chronische Manie und paranoïa. *Allg. Zeitschr. f. psych.*, vol. 62, 1903, p. 831.
- STERN-PIPER. — Zur Frage der Bedeutung der psycho-physischen typen Kretschmers. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXXIV, p. 408.
- Konstitution und Rasse. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych.*, t. LXXXVI, p. 265, 1923.
- STRANSKI. — La folie maniaque dépressive. Leipzig et Vienne, 1911.
- SULLIVAN. — Tentative de critère de malignité dans la schizophrénie. *Amer. J. Psych.*, 7, p. 759-787, mars 1928.
- TAMBURINI. — Psychose catatonique aiguë et psychose maniaque dépressive catatonique. *Rivista sperimentale di freniatria*. Reggio-Emilia, 1911, vol. 37, fasc. 1-2.
- THOMSEN. — Dementia praecox und manisch depressive Irresein. *Zeitschr. f. Psych.*, 1907, p. 631-634.
- TRENEL. — Folie intermittente et psychose familiale. Soc. clinique de méd. mentale, juin 1912.
- Démence précoce et folie périodique. Soc. médico-psychol., juillet 1912.
- Résumé du travail de Bleuler sur la schizophrénie. *Rev. neurol.*, 15 oct. 1912, p. 379.
- TRUELLE. — Folie intermittente simulant la démence précoce. Soc. clinique de méd. mentale, mars 1920.
- URSTEIN. — Dementia praecox und ihre stellung zum manisch depressive irresein. Vienne, 1909.
- Manisch-depressives und ferrodisches. Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Urban et Schwarzenberg, Berlin, 1912, p. 650.

- VIGOUROUX et PRINCE. — De la démence précoce. Soc. clinique de méd. mentale, févr. 1912.
- WALKER. — Ueber manisch-depressive psychosen. *Arch. f. psychol.*, t. XLII, 1907, p. 788.
- WILDERMUTH. — Zirkulär oder Schizophren. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, 120, p. 416-432, 1929.
- WILLBNERGER. — Paranoïsche Zustunde in der Manie. Thèse Tübinge, 1914.
- WILLMANNs et LANGE. — Zur diff. diagnose der funktionellen psychosen. *Zentralbl. f. Nervenheilk und Psych.*, t. XXXI, 1907, p. 569.
- WOLFER. — Tuberkulose als Todesursache in den Geschwister-schaften Schizophrener, Manisch Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, 3, 332, 1927.
- Psychische Charakteristika der Schizophrenie bei Dämmerzn-standen und manisch depressivem Irresein. *Internat. Zeitschr. f. Individual psychol.*, 7, p. 403-406, nov.-déc. 1929.
- ZENDIG. — Beiträge zur differential diagnose der Dementia praecox und der Manisch depressive Irresein auf grund Katam-nestischen Forschungen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, 1909.
- ZONDEK et BIER. — Le brome dans le sang dans la psychosé ma-niaque dépressive. *Klinische Wochenschr.*, 1932, p. 633.

